Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 20 lutego 1886. № 8. Rok XXV.

I. W sprawie pierwszeństwa pomysłu osteoplastycznéj resekcyi stopy.

Napisał prof. J. Mikulicz z Krakowa.

Kiedy we wrześniu 1880 po raz pierwszy wykonałem osteoplastyczną resekcyję stopy, byłem najmocniéj przekonanym, że przedemną nikt o podobnéj typowéj operacyi nie myślał, a témbardziéj takowéj nie wykonał. Przeglądając dokładnie literaturę, znalazłem wprawdzie cały szereg opisanych przypadków, w których wykonano rozległe resekcyje w zakresie tylnych kości stopy; dokładny opis tych operacyj był celem pracy Kapellera *(Über grosse atypische Operationen am Fusse. Deutsche Zeitschrift f. Chir., XIII, 432)*, która się właśnie w tym czasie pojawiła. Wszystkie te jednak operacyje były nie typowe; stosunki każdego pojedynczego przypadku wymagały takowych, a miały one tylko tyle wspólnego, że operowany miał chodzić całą podeszwą a operowana stopa zatrzymywała charakter fizyjologicznéj ludzkiéj stopy. Przeciwnie operacyja przezemnie podana charakteryzuje się ściśle 1) cięciem dla wszystkich przypadków typowém, 2) przeniesieniem płaszczyzny chodu z całéj podeszwy na główki kości śródstopia i palców, w skutek czego chory po operowanéj stronie na palcach chodzi. Podobnéj myśli nie znalazłem w literaturze znanych mi europejskich języków a zwłaszcza ani w rocznikach Virchowa i Hirscha ani też Schmidta. Miałem więc zupełne prawo operacyję tę za mój pomysł uważać.

Umocniłem się tylko w mojém przekonaniu, gdyż się nikt nie sprzeciwił temu po pierwszem mojém ogłoszeniu w archiwie klinicznéj chirurgii Langenbecka *(Eine neue osteoplastische Resectionsmethode am Fusse. Archiv f. klin. Chir., XXVI, Heft 2)* i po przedstawieniu pierwszego operowanego przypadku w towarzystwie lekarzy wiedeńskich, jak również na zjeździe niemieckich chirurgów w Berlinie w r. 1881, ani też nie podniósł zarzutu po dalszych ogłoszeniach tyczących się téjże operacyi. Dopiero 4 lata późniéj profesor Sklifossowski z Moskwy zrobił krótką wzmiankę na zjeździe międzynarodowym lekarskim w Kopenhadze przy sposobności przedstawienia chorego operowanego przez Lauensteina według mojéj metody, że operacyję tę w Rosyi od dawna znają, a zasługa pomysłu przypada lekarzowi rosyjskiemu Władymirowowi z Kazania. Ponieważ prof. Sklifossowski nie udowodnił ściśle swego twierdzenia i nie zaznajomił nas dokładnie z postępowaniem Władymirowa, dlatego postarałem się sam poznać autentycznie metodę operacyjną Władymirowa; udało mi się to z pomocą prof. Sklifossowskiego i prof. Bornhaupta z Kijowa, którzy dostarczyli mi łaskawie w oryginale pracę Władymirowa, jakoteż inne potrzebne mi daty. Władymirow (obecnie starszy lekarz szpitalu w Pensie) opisał swą osteoplastyczną operacyję na stopie wraz z innemi metodami operacyjnemi w rozprawie doktorskiéj ogłoszonéj w języku rosyjskim w r. 1872. (Niektóre nowsze operacyje osteoplastyczne na odnodze dolnéj. Kazań, 1872) i odczytał takową na zjeździe przyrodników rosyjskich w r. 1873 w Kazaniu. Z dosłownego tłumaczenia rozprawy przytaczam następujące szczegóły.

Władymirow wykonał 2 marca 1871 następującą operacyję u 15-letniego skrofulicznego chłopca, którego prawy staw skokowy był wraz z kością piętową i skokową spruchniały. Najpierw poprowadzono kilka cięć próbnych przez istniejące już przetoki do kości, przyczém okazało się, że z dotychczas wykonywanych operacyj tylko amputacyja podudzia nadkostkowa byłaby możliwą. Teraz usunął Władymirow schorzałą kość piętową i skokową, odpiłował z kości podudzia 10cm. (rachując od kostki wewnętrznéj) a z kości łódkowéj i sześciennéj oddzielił dłutkiem powierzchnię chrzęstną. Przednią połowę stopy zostającą w związku z podudziem za pomocą mostka grzbietnego połączono w kierunku pionowym z podudziem, tak iż powierzchnie kostne kości łódkowéj i sześciennéj przylgnęły do płaszczyzny przepiłowania kości piszczelowéj i strzałkowéj. W tém położeniu wygoiła się stopa

z końcem kwietnia. Z początkiem czerwca nastąpiło skostnienie a chory o szczudle począł chodzić. W lipcu chodził chory kulejąc z laską lub bez tejże. Operowana odnoga była o 6cm. krótszą od zdrowéj mierząc długość odnogi odległością między górnym końcem kości piszczelowéj a stawem śródstopiofalangowym palca dużego. Chory nosił z tego powodu podstawę klinowatą 5cm. długą, bez któréj chodzić nie mógł.

Nie ulega więc żadnéj wątpliwości, że Władymirow już w r. 1871 wykonał z planem już naprzód powziętym operacyję podobną w całości i w szczególności do mojéj i że prawie ta sama myśl skłoniła mnie i jego do wybrania tego sposobu postępowania. Władymirow metodę swą nazwał operacyją sztucznéj końskiéj stopy. Różnicę w postępowaniu stanowią z wyjątkiem jednego w każdym razie ważnego punktu małoznaczące odmiany w technice. Różnice te najlepiéj poznać można z opisu operacyi, który Władymirow jeszcze na podstawie kilkakrotnych ćwiczeń na trupie w ten sposób podaje: Cięcie poprzeczne przez podeszwę rozpoczynające się tuż przy guzku kości łódkowéj a kończące się na szerokości palca po za guzowatością 5téj kości śródstopia (zgadza się z cięciem mojém); od obu końców tego cięcia idą dwa 13 cm. długie cięcia po obu stronach przez kostki aż na podudzie (moje boczne cięcia są 7 do 8 cm. długie i kończące się przy kostkach). Otwarcie stawu Choparta (ja zaś łączę teraz boczne cięcia z tyłu nieco nad kostkami ze sobą i otwieram najpierw staw skokowy), poczém ostrożnie oddziela się części miękkie na grzbiecie stopy od kości. Doszedłszy do kości piszczelowéj Władymirow oddziela okostnę od przedniéj powierzchni i zachowuje w ten sposób takową dla mostka (ja wcale okostny nie oszczędzam). Teraz dopiero łączy Władymirow od tyłu górne końce bocznych cięć ze sobą; a utworzywszy płat 1 cm. długi ze skóry i okostny przepiłowuje kość piszczelową i strzałkową poprzecznie (u mnie powierzchnia cięcia i przepiłowania leży w jednéj płaszczyźnie. Teraz odłutowuje Władymirow płaszczyzny chrzęstne kości łódkowéj i sześciennéj (ja zaś i tu używam piłki). Zatamowanie krwotoku, zeszycie i ustalenie stopy za pomocą prostéj szyny.

Wybitną różnicę planu a zarazem wykonania operacyi podanéj przez Władymirowa i przezemnie stanowi punkt następujący: Władymirow mówi dosłownie: „Przy operacyi téj dążyć należy do tego, aby odnoga operowana pod żadnym warunkiem nie była dłuższą od zdrowéj; w przeciwnym bowiem razie zupełnie tak samo będzie choremu uciążliwą jak wrodzona stopa końska. Większa długość odnogi przeszkadza w tym przypadku choremu w chodzie i zmusza go do poddania się nowéj operacyi. Sztuczna stopa końska (tak nazywa Władymirow kikut otrzymany po swojéj operacyi) musi być bezwarunkowo o 4 cm. krótszą aniżeli odnoga zdrowa. Ponieważ chory nie może zgiąć palców stopy do kąta prostego, dla tego musi także przy równéj długości odnogi operowanéj i zdrowéj używać przy chodzeniu jakiéjś podstawy do pomocy, przez co operowana odnoga staje się dłuższą i przeszkadza choremu w chodzie. Ze względu na to radzę zrobić cięcia boczne 13 cm. a nie 9 cm. długie, ile trzebaby było, aby kikut był równie długi jak odnoga zdrowa".

Przeciwnie długość odnogi resekowanéj osteoplastycznie według mojéj metody jest albo równą odnodze zdrowéj albo nawet 1 do 2 cm. większą [1]. Możebném zaś jest to w ten sposób, że palce wyprostowuję do kąta prostego, albo gwałtownie w narkozie, albo też łagodnie stopniowo tak, iż stopa dotyka się ziemi przy chodzeniu główkami kości śródstopia. Te ostatnie stanowią właściwe punkta oparcia, podczas gdy palce obejmują rolę elastycznych sprężyn. To nam uwidocznia, jaka różnica zachodzi między wartością czynnościową stopy resekowanéj według Władymirowa a według mojéj metody. Władymirowa sztuczna stopa końska nie może być wprost ani do chodzenia, ani do stania użytą, potrzebuje szczudła małego wprawdzie, ale przez to ma już wszystkie ujemne strony zwykłego kikuta amputacyjnego. Kikut resekcyjny według mego planu uskuteczniony jest, jak się Adelmann trafnie wyraził, żyjącym szczudłem, służy bezpośrednio do chodzenia i dozwala operowanemu być zupełnie niezależnym od jakiejkolwiek podpory.

Tyle w całéj téj sprawie co do samego przedmiotu. Uwzględniwszy to wszystko nie przychodzi mi chyba myśl odmawiania Władymirowowi zaszczytu wynalezienia już przedemną osteoplastycznéj resekcyi stopy. Jedna i ta sama myśl u nas powstała i niezależnie obydwaj ją wykonaliśmy. Historyja wszystkich gałęzi sztuki i nauk poucza przecież, że nie rzadko dwie zupełnie różne osobistości robią prawie równocześnie to samo odkrycie lub ten sam wynalazek. Nie można więc nic mieć przeciwko temu, jeżeli omawianą operacyję, którą dotychczas operacyją Mikulicza autorowie nazywali, odtąd operacyją według Władymirowa-Mikulicza nazywać będziemy. Wniosek ten postawił G. Fischer, który w ostatnim zeszycie pisma *„Deutsche Zeitschrift für Chirurgie"* opisuje przypadek własny i zestawia wszystkie dotychczas wykonane i ogłoszone operacyje. Ponieważ mi jednak mniéj o nazwisko niż o rzecz chodzi, dlatego radziłbym, aby przechować nazwę pierwotnie przezemnie wybraną mianowicie osteoplastycznéj resekcyi stopy.

Operacyję tą, o ile mi jest wiadomém, dotychczas około 30 razy wykonano. Oprócz mnie i Władymirowa operowali według mych wiadomości raz lub kilka razy: Schattauer i Ziembicki we Lwowie, Socin w Bazylei, Sklifossowski w Moskwie, Dombrowski i Monastyrski w Petersburgu, Lummiczer i Habererern w Budapeszcie, Renssen w Gronindze (Holandyi), Kümmell i Lauenstein w Hamburgu, Roser w Marburgu, G. Fischer w Hanowerze, Nicoladoni w Insbruku, Bassini w Padwie. Wszyscy operatorowie, także i rosyjscy z wyjątkiem Władymirowa, wykonali tę operacyję dopiero po mojém ogłoszeniu t. j. po roku 1880 i ściśle według moich przepisów. Podnoszę to dla tego, aby wykazać, że operacyi Władymirowa nie tylko po za Rosyją zupełnie nieznano, ale nawet rosyjscy chirurdzy jéj nie uwzględniali a nawet zupełnie o niéj zapomnieli. Zapytywałem wielu chirurgów znających literaturę rosyjską a otrzymywałem zawsze odpowiedź, że operacyja Władymirowa zupełnie im przedtém nie była znaną.

Jak już wyżéj wspomniałem, prof. Sklifossowski omieszkał nam podać bliższe szczegóły o operacyi Władymirowa. Aż do ostatniego czasu nie uznał żaden z kolegów rosyjskich za stósowne wyjaśnić całą sprawę w jednym z nam znanych języków europejskich. Dopiero w ostatnim

[1]) Porównaj mój artykuł: Dwa przypadki osteoplastycznéj resekcyi stopy. Przegląd Lekarski 1883 N. 36 i 37 tudzież *Wien. med. Wochenschr.* 1883, Nr. 50.

czasie N. Monastyrski, profesor chirurgii z Petersburga, ogłasza dokładny artykuł w téj sprawie. (*St. Petersburger mediz. Wochenschr.* 1886 Nr. 2), który oprócz wzmianki o jednym przypadku operowanym według moich przepisów zaznacza także przedmiotowo zestawione to, co ja powyżéj o operacyi Władymirowa powiedziałem. Z tego powodu o artykule tym wcale bym nie wspominał, gdyby nam autor równocześnie nie zdradził, iż pewna część chirurgów rosyjskich o plagiat mnie po prostu posądza. Prof. Kolomnin z Petersburga wspomina w broszurze mającéj wykazać, jak za granicami przywłaszczają sobie rosyjskie myśli, wynalazki i odkrycia: „Asystent prof. Billrotha pan Mikulicz — Czech, czy też galicyjski Polak lub coś w tym guście — przyswoił sobie po prostu operacyję Władymirowa.“ Prof. Monastyrski dodaje do tego: „Dziwném jest, że u nas prawie w modę weszło czcigodnych ludzi, ni ztąd ni z owąd o plagiat posądzać.“ Ponieważ tenże autor oprócz tego, że poddaje ostréj krytyce postępowanie swych rodaków, przyznaje nadto, iż ja o operacyi Władymirowa, która przecież bardzo mało komu z Rosyjan była znaną, nic wiedzieć nie mogłem, że takową samoistnie po raz wtóry wynalazłem i do użytku w praktyce chirurgicznéj oddałem, dla tego nie poczuwam się do obowiązku wyrażenia własnego zdania o panu Kolomninie.

Nie mogę się jednak przy téj sposobności powstrzymać od jednéj uwagi. Literatura rosyjska zawiera bezsprzecznie liczne prace, które mogłyby dla publiczności lekarskiéj i po za granicami Rosyi mieć wartość i budzić w niéj zajęcie. Niestety jest ona dla nieznającego języka rosyjskiego księgą siedmiu pieczęciami zamkniętą; gdyby się prace te równocześnie pojawiały w oryginale lub przynajmniéj w dokładném streszczeniu w jednym z powszechnie znanych języków europejskich to mogłyby się łatwo stać wspólną własnością wszystkich lekarzy. A rosyjska literatura może więcéj by na tém skorzystała aniżeli zagranica.

II. Z pracowni chemicznéj Zakładu patologicznego w Berlinie.

Przyczynek do badania wpływu niektórych środków leczniczych na przetwarzanie istot białkowych w peptony.

Podał **Dr. Stanisław Klikowicz** z Petersburga.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 3).

Alkohol.

Z łatwo zrozumiałych powodów byliśmy ciekawi eksperymentalnéj odpowiedzi na pytanie, czy i o ile rozmaite ilości alkoholu wpływają na tworzenie się peptonów. Kl. Bernard (*Gazette médicale de Paris*, 1856, Nr. 19, str. 295) zauważył pierwszy, że wydzielanie soku żołądkowego u psa powiększoném zostaje przez podawanie małych ilości alkoholu (5—6cm.sz. rozcieńczonych w wodzie). Kretschy (*Beobachtungen u. Versuche an einer Magenfistelkranken Deutsch. Archiv f. klin. Medicin*, t. XVIII, 1876, str. 527) wskazywał na zwłokę, jaką wykazuje trawienie żołądkowe u człowieka po użyciu małych ilości alkoholu. Petit (*Etudes sur les ferments digestifs. Journal de thérapeutique*, 1880, str. 136, 173, 201, 288 i 453) przekonał się, że sztuczne trawienie żołądkowe osłabioném zostaje przez 20% alkoholu, skoro jednakże zawartość procentowa alkoholu w mięszaninie zmniejszoną zostanie do 5%, zwykle występuje znowu działanie pepsyny. Buchner (*Ein Beitrag zur Lehre v. d. Einwirkung d. Alk. auf d. Magenverdauung. Deutsches Archiv f. klin. Med. XXIX*, 3, 4 z., 1881, str. 537) przy licznych i starannych poszukiwaniach zauważył, że 1—4% alkoholu wcale nie narusza działania soku żołądkowego, trawienie zaś natychmiast zostaje wstrzymaném, jeśli zamiast 1—4% dodamy 10—20% wyskoku; w takim razie trawienie wstrzymaném być może nawet na kilka dni.

Doświadczenia nasze wykonywaliśmy w następujący sposób: znaleziono, że 31·9cm.sz. 98·8% wyskoku, rozcieńczone na 500cm.sz., odpowiadają 5% zawartości (na wadze) alkoholu w płynie. Ażeby stężenie sztucznego soku żołądkowego utrzymać jednakowém we wszystkich doświadczeniach, brano dla każdéj porcyi tylko po 350cm.sz. sztucznego soku żołądkowego, następnie braliśmy 1, 2, 3 albo 4 × 31·9cm.sz. alkoholu i sprowadzaliśmy ilość tę przez dodanie wody do 150cm.sz.; z 350cm.sz. soku żołądkowego przedstawiała teraz każda porcyja objętości 500cm.sz. cieczy, w któréj wszystkie części składowe, oprócz alkoholu były równe; tylko przy doświadczeniu z 30% alkoholu byliśmy zmuszeni 191·4cm.sz. alkoholu zmięszać z 318·6cm.sz. soku żołądkowego. Takich doświadczeń zrobiliśmy 15, z których 10 podajemy w tabeli II. Hamujące działanie, jak widać z tabeli, jest stałém tylko przy 10% zawartości, przy 15, 20,30% nie ma wcale trawienia. Niestałém cokolwiek jest działanie 5% wyskoku, otrzymaliśmy przytém, jak widać z 3ch pierwszych doświadczeń, niebardzo znaczne wprawdzie, ale w każdym razie stałe przyspieszenie; w innych przypadkach zaś zauważono lekkie wstrzymanie peptonizacyi. Dziwném wydawało nam się, że w tych właśnie doświadczeniach, gdzieśmy polarymetrycznie znaleźli pewne nieznaczne przyspieszenie peptonizacyi, gołém okiem sprawdzaliśmy gorsze rozpuszczenie białka. Okoliczność ta wskazuje nam, jak niesłusznem być może niekiedy, z saméj tylko ilości nierozpuszczonego substratu trawienia wnosić o energii sprawy; przy tych doświadczeniach, gdzieśmy mogli oznaczyć zmniejszenie się ilości peptonu, rezultat zgadzał się z tém, co można było widzieć gołém okiem podczas trawienia. Wahania pomiędzy przyspieszeniem i wstrzymaniem się, zdaje się, zanadto wielkie i stałe, ażebyśmy je mogli przypisać błędom w analizie i obserwacyi. W każdym razie uważaliśmy za słuszne wspomnieć tu o tych sprzecznych cokolwiek rezultatach, jakkolwiek nie jesteśmy w stanie objaśnić takowych. Może i poprzednicy nasi mieli do czynienia z takiemi wątpliwemi rezultatami, skoro nie mogli wypowiedzieć zgodnego zdania o działaniu małych dawek alkoholu. Godném zaznaczenia jest, że przy doświadczeniach w jednéj i téj saméj grupie nigdy takie sprzeczności nie powstawały, te zaś doświadczenia, dla których świeżo przyrządzano nowe porcyje białka, wykazywały rozmaite różnice. Być może, że minimalne, przy strąceniu białka unikać się niedające, różnice odgrywają tu rolę: nie zawsze daje się ono strącać z jednakowo zupełnie stężonych rozczynów; ilość kwasu octowego, prędkość, z jaką dokonywa się strącanie, czas trwania gotowania itd. są może momentami, wpływającemi na każdorazową wrażliwość cząsteczek białka na działanie pepsyny.

Antipyryna.

W obec wzrastającego coraz bardziéj użytku tego preparatu jako surogatu chininu postanowiliśmy zbadać ten środek w kierunku nas obchodzącym. Przekonawszy się, że antipyryna w nasyconym prawie rozczynie nie posiada własności skręcania, osiągnęliśmy niektóre rezultaty doświadczeń i zestawiliśmy je w tabl. III. Dawki w ilości 2·0—2·5 grm. nie wywierają, zdaje się, żadnego wpływu, przy większych

dawkach otrzymujemy stałe, lecz nie bardzo znaczne działanie hamujące. We wszystkich doświadczeniach rozpuszczenie białka odpowiadało wynikowi ostatecznemu trawienia.

Zanotować winienem jeszcze, że doświadczenia nasze nad kairyną i chlorowodanem chininu wykonać się nie dały, gdyż pierwszy z tych środków przy zagotowaniu mięszanin trawiących wywołuje takie ciemne, zielonawo-bronzowe zabarwienie cieczy, że polaryzacyja staje się stanowczo niemożliwą; co się zaś tyczy chininu, to tenże silnie bardzo skręca płaszczyznę polaryzacyjną na lewo. Według Husemanna (*Die Pflanzenstoffe in chemischer, physiologischer, pharmacologischer u. toxicologischer Hinsicht*, 1871, str. 290) kąt skręcania czystego chininu jest $(\alpha)_r = -141{\cdot}33°$; sole chininu podobno własność tę posiadają w wyższym jeszcze stopniu.

Na sztuczne trawienie podług Wohlberga (*Ueber den Einfluss einiger Salze und Alkaloide auf die Verdauung. Pflügers Archiv f. d. gesammte Physiologie*, t. XXII, 1880, str. 291) *chininum sulphuricum* w małych dawkach (0·1—1·5gr.) działa przyspieszająco. Możeby się na tej drodze wytłumaczyć dało wzmacniające działanie małych, lecz przez dłuższy czas stosowanych dawek tego środka.

Arsenian sodu.

Ponieważ środek ten silnie rozdrażnia błonę śluzową żołądka, przeto zawsze wprowadzanym zostaje do organizmu jednocześnie z pokarmami. Używamy go niekiedy przez kilka tygodni, nawet miesięcy z rzędu i z tego powodu niekorzystny wpływ jego na trawienie żołądkowe byłby tembardziej zastanowienia godnym; zrobiliśmy więc kilka doświadczeń i doszliśmy do przekonania, że znaczne nawet dawki tego środka nie wywierają żadnego wpływu na peptonizacyję. Posiadamy w tym przedmiocie obszerną pracę Schäfera i Böhma (*Ueber d. Einfluss d. Arsens auf d. Wirkung der ungeformten Fermente. Verhandlungen der phys.- med. Gesellschaft in Würzburg*, IX F., tom III, 1872, str. 238); autorowie ci gruntownie badali wpływ arszeniku na działanie śliny, soku żołądkowego i soku trzustkowego. Doświadczenia swe, do których brano białko kurze, czynili oni na małą skalę, trawienie w epruwetkach przy temperaturze ciała trwało 12—36 godzin. O rezultacie wnioskowano z niestrawionej pozostałości. Opierając się na licznych bardzo doświadczeniach, twierdzą badacze ci, że arszenik nie wywiera wpływu na trawienie żołądkowe. My poprzestaliśmy na 6ciu doświadczeniach, przyczem 3 razy dodawaliśmy po 0·05. a drugie 3 razy po 0·1 arsenianu sodu. Różnice, które otrzymaliśmy w porównaniu z kontrolą, były bardzo nieznaczne, gdyż wynosiły tylko 0·1 podziałki skali przy aparacie Soleil-Ventzkego. I ta drobna różnica wypadła 3 razy dla przyspieszenia, 3 razy dla wstrzymania. Ponieważ z doświadczeń naszych doszliśmy do przekonania, że arszenik jest zupełnie obojętny dla trawienia żołądkowego i ponieważ rezultaty nasze zupełnie zgodne są z otrzymanemi przez Schäfera i Böhma, przeto sądzimy, że przytoczenie tabeli byłoby zbytecznem.

Bromek potasu. Jodek potasu.

Środki te często przez dłuższy czas daje się chorym i z tego powodu ważnem było zbadać wpływ tych soli na trawienie żołądkowe. Putzeyss (*De l'influence de l'iodure et du bromure de potassium sur la digestion stomacale. Bulletin de l'Academie royale de méd. de Belgique.* Vol. XI, str. 104, 213. Cytowane w *Jahresberichte über die Fortschritte der Thierchemie*, tom VII, 1877, str. 279) poddawał 1·5 włóknika trawieniu 12cm.sz. kwasu solnego pepsynowego przez 10—23½ godzin i zauważył, że obie sole hamująco oddziaływają na trawienie, a mianowicie jodek potasu bardziej aniżeli bromek potasu. Petit (l. c.) uważa też i związki jodu i bromu za bardzo szkodliwe dla trawienia pepsynowego. Buchheim (*Lehrbuch der Arzneimittellehre*, III wyd., 1878, str. 110) wspomina, że jodek potasu i bromek potasu w obecności wolnego kwasu solnego żołądka przemienione zostają w odpowiednie związki sodu, przyczem część jodowodoru i bromowodoru uwalnia się; lecz reakcyje te, według Buchheima, nie wywierają wielkiego wpływu na trawienie żołądkowe.

W doświadczeniach naszych (8 doświadczeń z bromkiem potasu i 12 z jodkiem potasu) zauważyliśmy znacznie zmniejszoną peptonizacyję tylko po większych dawkach. 0·5 bromku potasu wywarło godny zaznaczenia wpływ w tym kierunku 1·0 i 2·0 wywołały umiarkowane, dla obu istót prawie jednakowe zahamowanie. W ogóle bromek potasu, w większych nawet ilościach podawany, nie tak szkodliwy wywiera wpływ na trawienie jak jodek potasu. Jakkolwiek w ogóle w miarę powiększania dawek wzrasta i wpływ szkodliwy na peptonizacyję, to jednak zdarzają się wyjątki, zadające kłam temu prawidłu, jak tego następujące dowodzą przykłady: w tab. IV, w doświadczeniach 3 i 4 widzimy w rubr. 11, że liczby 73% i 15·1% odnoszą się do tej samej ilości bromku potasu, podczas gdy w doświadczeniach 5 i 7 prawie to samo w procentach wyrażone zahamowanie odpowiada 0·5 i 1·0 jodku potasu. Nie jesteśmy w stanie podać jakąkolwiek przyczynę tych wyjątków, chcemy tylko ostrzedz niniejszem przed wnioskami, wyprowadzonemi na podstawie za małej ilości doświadczeń. (Dok. n.)

III. O dyfteryi, szczególniej pod względem etyjologicznym i patogenetycznym.

Skreślił Dr. Ferdynand Obtułowicz,
lekarz powiatowy w Buczaczu.

(Odczyt miany w streszczeniu na IV Zjeździe lekarzy i przyrodników w Poznaniu).

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 7).

Różne stopnie zapalenia dyfterytycznego czyni Heubner zawisłemi od stopnia, do jakiego zboczenie w odżywianiu naczyń krwionośnych dochodzi. Jeżeli zboczenie to dojdzie do stopnia najwyższego, to sprowadza i zupełne obumarcie naczyń, a wówczas tkanka w całej swej grubości obumiera i po jej oddzieleniu się pozostaje wrzód czyli ubytek tkaniny, który goi się na drodze zwykłego zapalenia. Jeżeli zaś naczynia krwionośne zwycięsko opierają się mniejszemu stopniowi zboczenia w odżywieniu, to tylko obumierają powierzchowne warstwy przybłonkowe, tworząc pokład dyfterytyczny, który usunięty znów się odtwarza, co się powtarza dopóty, dopóki naczynia nie odzyskają zupełnie prawidłowych stosunków pod względem odżywienia, a więc dopóki ich ściany nie odzyskają zupełnie prawidłowej sprężystości i utkania.

Pytanie jednak zachodzi, o ile dyfteryja sztucznie przez Heubnera wywołana za pomocą podwiązania naczyń w pęcherzu u królików, może odpowiadać obrazowi dyfteryi pojawiającej się u ludzi?

W tym względzie zaznaczyć musimy tę okoliczność, że Heubnerowi udało się tylko wyjaśnienie zmian dyfterytycznych czysto miejscowych; a ponieważ u ludzi powstawaniu

dyfteryi towarzyszą objawy gorączkowe, chociaż częstokroć w stopniu nawet nieznacznym, a prócz tego objawy ogólne w postaci osłabienia, wymiotów, bólu głowy, braku apetytu itd., u królików zaś śród dokonywania doświadczeń nawet nie zauważono objawów gorączki, nadto ponieważ błonica u ludzi okazuje charakter zakaźny, a dyfteryja sztucznie przez Heubnera wytworzona na zwierzęta dalej przeszczepić się nie dała, przeto przyznać należy, że istnieć może tylko pewna trafna analogija między obu obrazami chorobowemi, do zupełnej jednak identyczności brakuje jeszcze ważnych szczegółów świadczących o większym lub mniejszym stopniu ogólnego zakażenia ustroju.

Heubner też z tego powodu nawet pokusił się o wyjaśnienie na drodze doświadczalnej, jakim sposobem następuje ogólne dyfterytyczne zakażenie ustroju i jakiego rodzaju może być jad dyfterytyczny, będący przyczyną tego zakażenia,— jednakowoż jak dotąd, doświadczenia przezeń podjęte nie doprowadziły do pewnych, dodatnich wyników. A mianowicie zadał sobie Heubner najpierw pytanie, gdzie szukać należy jadu dyfterytycznego? W tym celu badacz ten królikom, u których w pęcherzu wywoływał dyfteryję, wstrzykiwał laseczniki wąglikowe, jako bakteryje charakterystyczne i łatwe do rozpoznania. Otóż badacz ten znajdował laseczniki wąglikowe stale w naczyniach włosowatych błony śluzowej pęcherza, sztucznie wypociną dyfterytyczną pokrytej. Sprawdziwszy zatem, że jadu, a względnie istot wywołujących ogólne zakażenie, szukać należy w naczyniach oplatających schorzałą błonę śluzową, przystąpił Heubner do dalszego szeregu doświadczeń, tj. do zatruwania organizmów zwierzęcych wypociną dyfterytyczną, tak jak to przed nim czynili Oertel, Trendelenburg i inni badacze. Wprowadzał zatem do ustroju królików śluz zawierający mnóstwo laseczników i mikrokoków, który tuż przedtem zdjęto z migdałka dziecka dotkniętego ciężką dyfteryją. Zaszczepienie królików takim śluzem wywoływało ciężką chorobę zakaźną, a wśród objawów bardzo znacznego obrzęku śledziony i wybroczyn na błonach surowiczych w ciągu 2—3 dni następowała śmierć zwierzęcia. Jeżeli śluzem powyższym zaszczepiono królika, w którego pęcherzu sztucznie również dyfteryję wywołano, to w naczyniach oplatających błonę śluzową pęcherza wykryć można było mikrokoki i krótkie laseczniki, ułożone w grupy lub łańcuszki. Małe cząstki wypociny dyfterytycznej zdjętej z błony śluzowej pęcherza królika zaszczepionego w sposób co dopiero wspomniany zawierały jad dający się przeszczepiać dalej, nawet w kilku generacyjach, co zatem stanowiło dowód, że bakteryje powyższe były również i motorami choroby zakaźnej, ogólnej. — Obecnie więc nasuwało się pytanie, czy jad ten wywołujący chorobę zakaźną u zwierząt jest takim samym, jak i jad wywołujący dyfteryję u ludzi, który wniknąwszy w ustrój ludzki nader szybko rozwijać się powinien i przez to stawać się przyczyną ogólnego zakażenia? Jad ten, a raczej bakteryje jad ten zawierające i przenoszące, powinnyby się w nader znacznej ilości znajdować w naczyniach krwionośnych, oplatających schorzałą błonę śluzową, a w przypadkach zakończonych śmiercią, powinnyby przepełniać także naczynia włosowate nerek i wątroby. Niestety jednak, piękna teoryja i logicznie wysnute wnioski nie odpowiedziały oczekiwaniom, gdyż Heubner nie zdołał wykryć w naczyniach schorzałej błony śluzowej (dotkniętej dyfteryją), ani też w naczyniach włosowatych nerek żadnej z tych bakteryj, jakie w znacznej ilości znajdowały się w wypocinie pokrywającej błonę śluzową. Z tego zatem wynika, że jad dyfterytyczny w błonicy ludzkiej nie jest zupełnie tym samym, który przez szczepienie wywołuje u zwierząt ogólną chorobę zakaźną.

Ponieważ nadto Heubner przez powtórzenie doświadczenia Reynauda, Lannelongua, Vulpiana i Kühna wykazał, iż ślina ludzka zaszczepiona królikom działa septycznie, ponieważ zdaniem Kocha i powyższych autorów istoty septyczne zawiera, przeto udowodnił tém samém, że wszystkie wnioski wysnuwane z doświadczeń robionych przez szczepienie złogów dyfterytycznych, zbieranych z ludzi błonicą dotkniętych, nie wytrzymują krytyki umiejętnej, gdyż szczepienia wywoływały nie obraz dyfteryi, lecz obraz posocznicy lub ropnicy.

Doświadczenia zatém podjęte przez Heubnera lubo nader ważne i świadczące o znacznym postępie w badaniach podjętych nad dyfteryją, nie ziściły ze wszech miar nadziei, jakie początkowo obudzały, gdyż nie zdołały wyświecić przyrody jadu dyfterytycznego, jak również nie wykazały, czy nieznany jad dyfterytyczny najpierw tylko na błonie śluzowej się wytwarza, a ztąd dopiero do krwi się dostaje, lub czy też schorzenie błony śluzowej jest dopiero następstwem pierwotnego zakażenia krwi. Z doświadczeń tylko tego lekarza wynikać może, że ciężka sprawa chorobowa dotykająca błonę śluzową w dyfteryi może tak samo zawdzięczyć swe powstanie jadowi, który z powierzchni błony śluzowej do wnętrza się dostaje.

Przekonanie to, które podzielają najpoważniejsi autorowie, opiera się również na codzienném doświadczeniu i licznych spostrzeżeniach poczynionych podczas całych epidemij dyfteryi. Ileż to razy bowiem spotykamy się z przypadkami nader gwałtownemi i złośliwemi dyfteryi, w których przyznać trzeba, że jad wniknął do organizmu drogą bliżej nieznaną, i nie od strony połyku, w których po gwałtownej gorączce i złowrogich przypadkach ogólnych wstępnych rozwijają się następowo dopiero wypociny dyfterytyczne na migdałkach, podniebieniu miękkiém i wśród przypadów ogólnego zakażenia ustroju nader szybko, bo w 2 lub 3 dniach skutkiem porażenia serca śmierć następuje. Analogicznie możemy odwołać się do ciężkich przypadków szkarlatyny, w których jad chorobowy właściwy obok obfitej i bardzo wybitnej wysypki wywołuje również dyfterytyczne zapalenie połyku; tu zatém jad płonicowy jest rzeczą pierwotną, a wypocina dyfterytyczna dopiero następową, wynikłą skutkiem ogólnego zakażenia ustroju. Mówię tu tylko o analogii, bo nie chcę mięszać szkarlatyny z dyfteryją i uważam dyfteryję za zupełnie odrębną chorobę (*Berliner klinische Wochenschrift* Nr. 40, 1882, prof. E. Henoch „Uwagi nad dyfteryją“), chociaż z wielu względów zbliżoną do szkarlatyny zwłaszcza ciężkiej, i jad dyfterytyczny wyobrażam sobie również za odrębny, a mikroorganizmy dyfterytyczne, które później dokladniej opiszę i odróżnię, również co do przyrody swej za nieco odmienne od bakteryj szkarlatynowych.

Prof. Henoch (l. c.) opisuje przypadki, w których po ustąpieniu już dyfteryi pojawiła się już szkarlatyna z wszystkiemi wybitnemi objawami, jakoteż przypadki, w których dzieci operowane z powodu dławca dyfterytycznego ulegały zakażeniu szkarlatynowemu, zwłaszcza w szpitalach, gdzie na oba rodzaje przyrzutu były z łatwością wystawione: uzasadnia na podstawie tych wybitnych przy-

kładów zasadniczą różnicę między płonicą a dyfteryją i między dyfteryją samoistną a dyfteryją następową.

Z drugiéj strony spotykamy się z przypadkami błonicy, które pojawiają się prawie ukradkiem, niepostrzeżenie, tak że dopiero badanie dokładne połyku wykrywa wypociny dyfterytyczne, a które mimo to skutkiem niepowstrzymanego szerzenia się pokładów chorobowych zajmując coraz to większą przestrzeń dróg oddechowych sprowadzają w końcu śmierć chorych, lub też stają się przyczyną porażeń nerwowych, co dowodzi, że zwolna jad dyfterytyczny od błony śluzowéj połyku wnikał w ustrój i wywołał następowe tegoż ogólne zakażenie. Wszakżeż i zwykłe nieżytowe zapalenie połyku może w podobny sposób występować; częstokroć, jak to sam na sobie spostrzegałem, najprzód ma się gorączkę z dreszczykami i jest się w niepewności, jaka choroba z tego się wywiąże, a dopiero w 12 lub 24 godzin późniéj uczuwa się lekki ból przy połykaniu, badanie zaś wykazuje większe lub mniejsze zaczerwienienie migdałków i łuków podniebieniowych; albo też wprzód bez objawów gorączkowych doznaje się bólu przy połykaniu, a potém dopiero w miarę rozszerzania się zapalenia gardła, dołączają się objawy gorączkowe.

Reasumując zatém wyniki dotychczasowych badań przyznać musimy, że dyfteryja może być albo 1) cierpieniem od początku swych objawów ogólném, a pokłady w postaci błon charakterystycznych na migdałkach, podniebieniu itd. są wytworami następowemi, albo też 2) może zaczynać się i przedstawiać jako cierpienie miejscowe, które w miarę dogodnych warunków może rozszerzyć się i wywołać dopiero następnie zakażenie całego ustroju, a 3 że wspólną cechą obu tych spraw chorobowych jest charakter zakaźny.

Aby ile możności dokładnie wyświecić istotę jadu dyfterytycznego, muszę raz jeszcze powrócić do dawniejszych badań podjętych przez wielu znakomitych autorów i zakończyć ustęp ten podaniem ostatnich zdobyczy na tém polu. I tak śledząc daléj za badaniami nad przyrodą przyrzutu błonicowego wspomnieć muszę o pracach Buhla, Huetera, Tomassiego, Tigrego, Oertla, Letzericha, Nassilowa, Ebertha, Ortha, Rosenbacha, Salamona, Everetta i wielu innych badaczy, którzy uzasadnili przekonanie zyskujące coraz to więcéj poklasków, że ustroje najniższego rzędu (mikroorganizmy, bakteryje) stanowią właściwy przyrzut dyfteryi, że znaleźć je można stale w wytworach błonicowych, że wnikają w głąb tkanin i wywołują zmiany chorobowe w tychże, jak to już na początku tego rozdziału obszernie nadmieniłem, mówiąc o pracach Klebsa i podziale dyfteryi opartym przez niego na podstawie grzybkowéj.

Kwestyi najmniejszéj nie ulega, że w błonach dyfterytycznych znaleźć można najróżnorodniejsze gatunki grzybków, lecz badania Senatora, Reynauda, Lannelonguea, Vulpiana, Kühna, Heubnera i innych wykryły również, że tak w resztkach pokarmów, jak i w ślinie osób zupełnie zdrowych takież same grzybki się znajdują, a mimo to żadnéj szkody organizmowi nie wyrządzają. Szczepienia dokonywane za pomocą tych grzybków wywoływały, jak to już powyżéj wspomniałem, tylko obraz posocznicy, a nie dyfteryi (*Studien über Diphtherie und Croup von Dr. Ernest Schweninger, Mittheilungen aus dem pathol. Institute zu München, herausgeg. von Prof. Dr. Buhl. Wiener med. Wochenschrift* 1878, str. 850), grzybki te zatém nie są właściwym przyrzutem dyfteryi, nie one są jéj motorami, lecz częstokroć są tylko następstwem lub towarzyszem sprawy chorobowéj niszczącéj tkaniny. To też Heubner we wspomnianéj już i obszernie omówionéj pracy doświadczalnéj (l. c. str. 53) twierdzi, że mimo dokładnych i licznych badań pośmiertnych dokonanych na zwłokach osób zmarłych skutkiem dyfteryi nie zdołał nigdy wykryć bakteryj w rozszerzonych naczyniach włosowatych oplatających migdałki, języczek, łuki podniebieniowe wraz z podniebieniem miękkiém, nerki lub serce, a nawet twierdzi, że nie jest wcale rzeczą dowiedzioną, jakoby jad dyfterytyczny lokalizował się najpierw na schorzałéj błonie śluzowéj, a ztąd dopiero dostawał się do krwi, bakteryje bowiem, zdaniem jego, nie zdolają przeniknąć przybłonka brukowego zdrowego lub tylko nieżytowo zmienionego. Według przekonania Heubnera choroby zakaźne zawdzięczające swój jad bakteryjom powstają tylko przez wziewanie, szczepienie lub karmienie istotami zawierającemi swoiste bakteryje, przez zdrowy jednak przybłonek bezpośrednio do krwi nie wnikają.—Klebs nawet, ten wielki zwolennik etyjologii mykotycznéj w ogóle, a w szczególności przyrody grzybkowéj jadu dyfterytycznego, przyznaje, że dopiero wówczas udowodnioną zostanie przyroda grzybkowa jadu błonicowego, jeżeli odpowiedni grzybek uda nam się wyhodować, rozmnożyć i jeżeli bakteryje tego rodzaju zastrzyknięte organizmom zwierzęcym zdołają odtworzyć zupełny obraz dyfteryi. Dopóki przeprowadzenie tego doświadczenia nie uda się w zupełności, dopóty brakuje nam dowodu, że mikrorganizmy wykryte w błonach dyfterytycznych są w istocie motorami, a nie produktem rozkładowym dyfteryi. (C. d. n.)

IV. Dwa przypadki plamicy krwotocznéj.

Podał Dr. Mieczysław Kramarzyński w Kolbuszowie.

Dnia 12 stycznia 1884 miałem na posiedzeniu Sekcyi rzeszowskiéj Tow. lek. gal. odczyt o szczególniejszym przebiegu plamicy krwotocznéj (*purpura haemorrhagica*) w przypadku, który się zakończył wyzdrowieniem. Gdy tego roku we Wrześniu spostrzegałem drugi przypadek téjże choroby, który, aczkolwiek różni się znacznie w swym przebiegu od pierwszego, ma jednak pewne doń podobieństwo, zwłaszcza z powodu zajęcia stawów, jak niemniéj charakterystycznym jest ze względu na zajęcie szczytu płuca, postanowiłem takowe podać do szerszéj wiadomości.

Przypadek I. A. B., lat 43 liczący urzędnik, żonaty od lat 18. Dzieckiem będąc przebył chorobę gorączkową, prawdopodobnie tyfus, zresztą był zawsze zdrowym.

W nocy z 6 na 7 lipca 1883 doznał bardzo silnych bólów w brzuchu. — Zawezwany dnia 7 lipca lekarz podaje, że stwierdził ciepłotę ciała 39·3°, brzuch miernie wzdęty, okolicę żołądka bolesną i śledzionę znacznie obrzękłą. Po dwu dniach ustąpiła gorączka, aż 12 lipca pojawił się dreszcz i kłócie w lewym boku, 13 lipca stwierdzono zapalenie płuca prawego. Wśród pomyślnego przebiegu tegoż w nocy z 23 na 24 lipca wystąpiły powtórnie znaczne boleści w brzuchu, nudności, wymioty (bez krwi), znaczne osłabienie.

Chory przy badaniu 24 lipca przedstawia się jako mężczyzna wzrostu średniego, o powłokach ogólnych bladych, w odżywieniu podupadły. Ciepłota ciała prawidłowa, tętno pełne. Język obłożony. Wypuk płuc wykazuje z tyłu prawego płuca od dołu stłumienie ograniczone i w tém miejscu

brak szmerów oddechowych a z głębi przebijają skąpe rzężenia grubobańkowe. Tony serca głuche. Brzuch niewzdęty. Okolica żołądka miernie bolesna; poniżéj zaś pępka znaczna bolesność. Całe podpępcze lewe wykazuje stłumienie odgłosu wypukowego. Wątroba i śledziona rozmiarów prawidłowych. Na przedniéj powierzchni lewego podudzia jest obrzęk podskórny rozlany, który zajmuje zarazem i okolicę kolana. Chory skarży się na przemijającą bolesność w stawach barkowych i na znaczny ból w lewém kolanie. Mocz oddaje prawidłowy. Stolec od kilku dni wstrzymany. Łaknienie zniesione, odbijania częste. Chory uskarża się na boleści w brzuchu. Zalecono środki przeczyszczające (lawatywy, olej rącznikowy) bez skutku, gorące okłady na brzuch, pod któremi chory niemal natychmiast doznawał ulgi, podczas gdy pod zimnemi okładami uczuwał coraz większe bóle, przeciw nudnościom połykanie pigułek z lodu, a następnego dnia, tj. 25 lipca, gdy się pojawiło kilka stolców rzadkich, śluzowatych, podano *chininum tannicum c. plv. Doweri.* Dyjeta płynna. Tegoż dnia stłumienie odgłosu wypukowego brzucha utrzymuje się, boleści pojawiają się od czasu do czasu; chory jednak przespał się w nocy. 26 lipca odbijanie, nudności, czkawka, znaczne osłabienie, ciepłota niższa od prawidłowéj. Stwierdzono powiększenie się rozmiarów śledziony. Leczenie: środki podniecające. 27 lipca. Stan ten sam. Kilka stolców rzadkich, popołudniu kropla krwi w stolcu i strzępki obumarłéj tkaniny. 28 lipca. Trzy stolce rzadkie, z krwią zmięszane. Stłumienie podbrzusza utrzymuje się. Odtąd pojawiają się 2—3 a niekiedy i 5 stolców na dobę, złożonych niemal wyłącznie z krwi barwy ciemnéj, podobnych do rozrobionego powidła. Do stolców przymięszanym bywa czasem śluz i strzępki obumarłéj tkaniny, jak 27 lipca. Bóle w stawach trwają. Chory skarży się na ciągłe nudności. Po upływie tygodnia pojawiają się na brzuchu podbiegnięcia krwawe, powierzchowne, rozległości od ziarnka soczewicy aż do ziarnka bobu, nieznikające za uciskiem. Plamy te wznoszą się z czasem nad powierzchnię otaczającéj skóry, zlewają się ze sobą dawne, a występują nowe już nie tylko na powłokach brzusznych, ale i odnogach górnych i dolnych, tudzież na czole. Stolce stają się coraz częstszemi, o składzie tym samym. Stłumienie brzucha utrzymuje się z małemi zmianami, które, zwłaszcza po kilku stolcach, dosyć rychło po sobie następujących, spostrzegać się dają a mianowicie: stłumienie zmniejsza się co do rozległości, za kilka atoli godzin znowu się zwiększa a zarazem wzmaga się bolesność brzucha. Zauważano téż kilkakrotnie, że ciepłota bywała subnormalną, co właśnie po ponownem przybraniu stłumienia miewało miejsce.

Chory zachowywał dyjetę wspomnianą a przez 10 dni sierpnia, kiedy stan był nader groźnym z powodu znacznéj utraty krwi, podawano mu oprócz środków podniecających, zimnych okładów, także serwatkę z ałunem.

6 sierpnia sprawdzono ślad białka w moczu.

Stan taki trwał z małemi odmianami w nasileniu przypadów, a coraz częstrzemi stolcami krwawemi aż do 10 sierpnia, w którymto dniu około godz. 11 w nocy zaczął się chory pocić, a po kilkogodzinnym śnie obudził się nazajutrz silniejszym. Stolce odtąd średnio po dwa dziennie, rzadkie, skąpe, coraz mniéj krwi zawierały, bolesność brzucha zmniejszała się a zarazem i stłumienie ustępowało. Plamy na skórze ulegały zwyczajnym zmianom barwikowym Śledziona powiększona, bolesność stawów tudziez obrzęk podskórny obydwu odnóg dolnych utrzymywał się przez czas dłuższy. Chory jednak przy téj saméj dyjecie i leczeniu skrzepiającém przychodzi powoli do siebie.

Skoro pojawił się stolec uformowany należycie, zimne okłady na brzuch zastąpiono wysychającemi, a powoli przyczyniano stosownych pożywek z każdym dniem. Najdłużéj utrzymywała się bolesność w stawach i obrzęk odnóg dolnych. Wśród rekonwalescencyi ilość białka w moczu zwiększała się, pewnego dnia chory uczuł kilkakrotnie dreszcz i doznawał od tego czasu bólu jużto w okolicy kości ogonowéj jużtéż nad spojeniem łonowém, pęcherza nie wypróżniał zupełnie oddając mocz z bólem, który umiejscawiał w szyjce pęcherza. Czopki morfinowe, kąpiele nasiadowe ciepłe tudzież woda Gieshübelska, łagodziły te przypady. Badanie palcem przez odbytnicę wykazało znaczną bolesność po stronie lewéj i bolesny obrzęk tamże w miejscu, jak tylko najwyżéj sięgnąć można było palcem ku pęcherzowi. Po dwutygodniowém trwaniu tych przypadów odeszła z odbytnicy podczas uczucia parcia na stolec, gęsta i śmietankowata ropa, w ilości 4 łyżek, poczém chory doznał ulgi i polepszenia w oddawaniu moczu. Wraz z ropą odeszły w znacznéj ilości strzępy obumarłéj tkaniny.

Zalecono przepłukiwanie odbytnicy czystą, ciepłą wodą 2 razy dziennie, a następnie przestrzykiwanie rozczynem kwasu salicylowego. Przynajmniéj przez 10 dni odchodziły po każdorazowém przestrzykaniu w znacznéj ilości strzępy obumarłéj tkaniny. Apetyt chorego wzmagał się i siły wracały. Mocz odchodził w znacznéj ilości, wykazywał jednak ciągle białko, które utrzymywało się jeszcze przez kilka tygodni, aż z czasem ustąpiło zupełnie.

Dodać winienem, że śledziona jeszcze w porze ozdrowienia była przez dłuższy czas powiększoną i sprawiała choremu, już wychodzącemu z domu, tępy ból.

Przypadek II. C. D. doznawała w drugiéj połowie sierpnia 1885 uczucia ogólnéj niedomogi i straciła apetyt. Mimo zaleconego *ferr. c. chinino* i zachowywania odpowiedniéj dyjety stan choréj pogarszał się z każdym dniem, aż z końcem sierpnia wystąpił dreszcz a potém gorączka. Zawezwany dnia 4 września, znalazłem osobę około 28 lat, która rodziła 2 razy, o ciepłocie ciała 39·5°, tętnie 108, dosyć pełném, skarżącą się na brak łaknienia, odbijanie, ogólne osłabienie, bezsenność i suchy kaszel. Bez kaszlu jednak odpluwa chora plwocinę śluzową, pomieszaną z krwią ciemno czerwoną w małéj ilości. Lekki ból głowy. Słuch upośledzony. Mocz i stolec oddaje prawidłowo. Dalsze badanie wykazało: osoba dosyć dobrze odżywiona, niedokrewna. Język obłożony. Klatka piersiowa długa, mało wysklepiona, dołki nadobojczykowe uwydatnione. W szczycie prawego płuca stłumienie odgłosu wypukowego, a przysłuch wykazuje w odnośném miejscu wdech i wydech zaostrzony, w innych zaś częściach płuc objawy lekkiego nieżytu oskrzelowego. Zalecono *decoctum chinae regiae* i *liq. Halleri* tudzież okłady zimne na głowę, dyjetę płynną.

6 września sprawdziłem w skórze czoła i policzków rozległe wynaczynienia krwi, nieregularnego kształtu, nieznikające za uciskiem, przeważnie tak gęsto ułożone, iż pominąwszy przykre wrażenie, jakie sprawiało wejrzenie choréj na pierwszy rzut oka zdawało się, jak gdyby czoło i policzki choréj były ciemną farbą pomalowane. Szmer nie ustąpił, ale nie zwiększył się, bezsenność, stolce częstsze wolne, ale bez krwi lub innych zmian chorobowych. Stan płuc ten sam. Ciepłota 39.9° tętno 100. Śledziona sięga do łuku ale niemacalna. Ból w okolicy lewego stawu żuchwowego, któryto

okolica jest lekko obrzękłą. Zalecono to samo co poprzednio a nadto okłady z wody z octem na policzki i czoło *ung. belladonnae* dla złagodzenia bólu w stawie żuchwowym, wreszcie dla powstrzymania rozwolnienia *chininum tannicum c. pulv. Doweri*. Dnia 9 września stan ten sam. Na obu ramionach, w mniejszéj zaś liczbie na przedramionach wystąpiły plamy, przeważnie kształtu okrągłego, rozmieszczone w znacznéj od siebie odległości, bez szczególniejszego usadowienia na którejkolwiek powierzchni. Mocz barwy czerwonéj zawiera białko. Leczenie zostało to samo. 13 września ból w okolicy stawu żuchwowego lewego ustał; plamy przeobrażają się, zmieniając barwę, nowe nie pojawiły się; ciepłota zaczyna opadać, rozwolnienie ustało, chora ma lepszy sen. Stan płuca prawego utrzymuje się. Leczenie to samo z dodatkiem posypywania ciała pudrem z kw. salicylowego skrobi i łojku, z powodu, że w nocy chora poci się bardzo. 17 września ciepłota stopniowo niższa, tętno 88 przed południem, język czysty, nigdzie bólów nie ma, śledziona rozmiarów prawidłowych, szum w uszach znacznie mniejszy, w moczu nie ma białka. Wynaczynionki mniéj znaczne. Objawy fizyczne w szczycie prawego płuca te same. Chora nabiera apetytu. Odtąd nie widziałem choréj aż 16 października i stwierdziłem wtenczas stan bezgorączkowy, słuch powrócił zupełnie, odżywienie poprawiło się znacznie. Stłumienia w prawym szczycie nie ma.

W każdym z powyższych przypadków mamy do czynienia z plamicą krwotoczną, któréj ciemną jest etyjologija, mało wyjaśnia anatomija a przynajmniéj nie podaje pewności w tłumaczeniu najważniejszych zmian, strona kliniczna wreszcie pozostawia wiele do życzenia. Sama okoliczność, że Skoda, Wunderlich, Hebra, Kaposi i inni nie podają zupełnie zgodnéj definicyi choroby, oznacza, że istota jéj w ogóle nie jest jasną. I tak Hebra, a za nim Kaposi, w ostatniém wydaniu chorób skórnych, wprowadza wiele nazw, odnosząc je jużto do formy, jużtéż do usadowienia się wybroczyn, lub wreszcie do wybitniejszego przypadu. Odróżnia on *purpura* albo *peliosis rheumatica, purpura simplex, p. haemorrhagica*, którą także *„Landscorbut“* chce nazwać, jak gdyby znaną była jaka różnica między gnilcem na morzu a gnilcem na stałym lądzie. Wreszcie identyfikuje *purpura* z gnilcem, jeżeli tylko z początkiem choroby wystąpią równocześnie zmiany na dziąsłach.—Podobne zamięszanie panuje i w wykładzie Skody (*Morbus maculosus Werlhofii*, wykład Skody w Comp. Krausa), a Wunderlich (*Handbuch der Pathologie u. Therapie*) nazywa plamicę krwotoczną odrębną chorobą, która ma wiele przypadów właściwych gnilcowi, a wiele jemu zbywających. Immermann (w zbiorowém dziele Ziemssena) zaprowadza porządek w tym kierunku, podciągając wszystkie formy z ich odmianami, pod jednę wspólną nazwę.

Uważa on *purpura simplex* i *rheumatica, febrilis* i *afebrilis* a nawet *mixta* za *purpura haemorrhagica*, czyli *m. maculosus Werlhofii*, rozumiejąc przez to chorobę, objawiającą się samoistnie, na podstawie skłonności krwotocznéj (*diathesis haemorrhagica*), jużto w skutek zmian chorobowych w krwi, jużtéż w naczyniach, albo wreszcie w obojgu. Początek choroby bywa albo od razu krwotocznym, albo też zejdzie tydzień na uczuciu ogólnéj niedomogi, bólu głowy, braku łaknienia (przyp. II), zanim pojawią się wynaczynienia podskórne, które nie sprawiają wcale bólu. Barwa wynaczynionek nie zmienia się pod uciskiem, ale z czasem ulegają one zwykłym przemianom barwikowym. Do tego przyłączają się bóle w stawach i obrzmienia takowych, daléj przystępują krwotoki z nosa, oskrzeli, żołądka, kiszek, dróg moczowych, części rodnych niewieścich, z dziąseł (lecz nie ma tu sinawego zabarwienia dziąseł, jak w gnilcu, ani zwiotczenia ich, obrzęku lub téż bolesności) krwotoki do jam opłucnowych, do jamy otrzewnowéj, do błon mózgowych itp. Trzymając się zasady Immermanna nie możemy się zgodzić z Henochem (*Berl. klin. Wochenschrift* 1868, Nr. 50 i 1874 Nr. 51), który powiada, że nie napotkał w literaturze plamicy krwotocznéj przypadków, w którychby tak wybitną rolę odgrywały przypady przewodu pokarmowego, jak w przypadkach przezeń obserwowanych i dla tego chorobę, która oprócz właściwych plam (*purpura*) i krwotoków z kiszek charakteryzuje się wymiotami, kolką, boleściami i bólami reumatycznemi uważa jako *morbus sui generis*, któréj istota nie jest znaną. Raczéj bowiem utrzymać należy nazwę ogólną, zbiorową, plamica krwotoczna, aniżeli dzielić nieznane x stworzeniem nowych działów na podstawie symptomatologicznéj a przez to nie wyjaśniać sprawy, ale mnogością nazw bardziéj ją wikłać. Idąc za Henochem należałoby nasz II przypadek zaliczyć do osobnéj grupy, wybroczyny bowiem znajdowały się najprawdopodobniéj w uchu środkowém, skoro chora niemal równocześnie z pojawieniem się plam na powłokach zewnętrznych zaczęła doznawać upośledzenia słuchu i ciągłego szumu, któreto przypady ustąpiły z chwilą, kiedy się już całe nasilenie chorobowe przełamało. Także do innéj grupy należałby przypadek, spostrzegany przezemnie w tutejszym powiecie u 8 letniéj dziewczyny, któréj całe powłoki zewnętrzne jak gdyby zasiane były plamami krwotocznemi od wielkości ziarnka siemienia do téjże grochu i w moich oczach wymiotowała szczerą krew i takąż samą oddawała stolcem. Stan był bezgorączkowym a w narządach wewnętrznych nie wybadałem żadnych zmian chorobowych.

Najważniejszym przypadem u Igo chorego były wynaczynienia i krwotoki z kiszek, którym towarzyszyły znaczne boleści w brzuchu. Nagromadzanie i następowe wydalanie wynaczynionéj krwi z jelit sprawiało, że po lewéj stronie brzucha mieliśmy raz wypuk stłumiony, to znów jawniejszy. W których częściach jelit, w skutek jakich zmian anatomicznych, wybroczyna następowała, rozstrzygnąć nie podobna, nie chcąc się zapuszczać w teoretyczne przypuszczenia.

Następnie mieliśmy do czynienia w Iszym przypadku z ograniczonym wysiękiem do jamy opłucny prawéj, gdyż tak tłumaczę objaw stłumienia z tyłu w dole klatki piersiowéj po stronie prawéj i brak tamże stłumienia szmerów oddechowych; daléj z wynaczynieniem krwawém do śledziony, jak również do ściany pęcherza. W skutek ostatniego powstała wreszcie *pericystitis*; krew zatém wynaczyniona nie uległa wessaniu, jak to nastąpiło w innych miejscach, ale prawdopodobnie w skutek sąsiedztwa z odbytnicą, przyszło do wytworzenia się ropnia, który ostatecznie otwarł się do odbytnicy. Z powyżéj opisanych przypadów charakterystycznemi są tak w Iszym jak w IIgim przypadku, bolesność i obrzęki stawów. W II przyp. nadto pojawianie się plam krwotocznych przeważnie na czole i twarzy, podczas gdy w plamicy krwotocznéj sadowią się one szczególniéj na brzuchu, w okolicy części rodnych i na dolnych odnogach. W Iszym przypadku gorączka trwała tylko z początku choroby, w IIgim zaś według obserwacyi przez 24 dni. W obu razach mieliśmy białkomocz, który w Iszym przypadku pojawiał się z końcem 4 tygodnia choroby i wzmagał się aż do chwili ustąpienia *pericystitis;* poczém utrzymywał się jeszcze d. 19 października 1883 w ilości 0.008% a zatém przez 75 dni od pojawienia się, w IIgim zaś ustąpił wraz z innemi przypadami.

Na szczególniejszą uwagę zasługuje wybroczyna w miąższ szczytu prawego płuca, która w obec uwidocznionego przebiegu gorączki, a nadto ze względu na okoliczność, że chora pochodzi z matki gruźliczéj a rodzoną starszą jéj siostrę z naciekiem prawego szczytu leczyłem przed 2 laty na krwioplucie—imponowała mi na razie jako naciek szczytowy.

Na tém kończę moje uwagi, dodając, że dotychczas nie znaleziono we krwi ani téż w naczyniach włosowatych właściwych zmian, któreby posłużyły do wytłumaczenia przypadków plamicy krwotocznéj a Zuelzer powiada *„die Pathogenese der Krankheit ist in völliges Dunkel gehüllt“.*

V. Oceny i sprawozdania.

O pierzchnicach płaskich Wilsona. Skreślił Dr. K. Szadek, lekarz ordynujący oddziału chorób skórnych i kiłowych w szpitalu garnizonowym w Kijowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 7).

Wszystkie powyżéj opisane wyrzuty przypominają kształtem swym archipelagi mapy jeograficznéj *(lichen planus geographicus).* Grudki, gromadki grudek i plamki, większe lub mniejsze są barwy fijoletowo-szaréj lub ciemno szaréj, popielatéj. Inne są plaskie, inne znów zagłębione w środku lub wklęsłe na całéj swéj powierzchni. W wielu zaś miejscach powierzchnia osutki przedstawia łuszczenie się; łuski są bardzo drobne, co nadaje osutce wejrzenie niby zapylone.

Nigdzie na skórze chorego nie dostrzegamy utworzenia się pęcherzyków, krostek, nadżarć lub zdrapań. Objawów zapalnych żadnych. Osutka nie wywołuje żadnych dolegliwości (bólu, swędzenia). Paznogcie, włosy oraz błony śluzowe nietknięte. Chory mało poci się.

Opierając się na powyższych objawach przedmiotowych, spostrzeganych na skórze chorego, oraz uwzględniając umiejscowienie, usadowienie się i przebieg powolny osutki, cierpienie skóry w przypadku naszym uważać należy jako *lichen planus chronicus,* nadzwyczaj przewlekłe pierzchnice płaskie tułowia i odnóg, oraz okolicy czołowéj. Sprawa chorobowa skóry wstąpila już w wielu okolicach ciała w okres przeobrażenia wstecznego (łuszczenie, ciemne zabarwienie i spłaszczenie osutki) i gdzieniegdzie wcale nawet przygasała, na co dosadnie znów wskazywały objawy zanikowe: zaklęknienie plam, barwa ich itd. W niektórych wszelako okolicach skóry spostrzegane wystąpienie świeżych grudek wskazywało na rozwój postępowy zaburzenia skóry. Osutka na prawéj ręce miała postać przerostową z uwarstwieniem przyskórka *(lichen plan. cornéen Vidala).* Etyjologija choroby w danym przypadku pozostała niewyjaśnioną. Przebieg dalszy cierpienia skóry oraz wynik leczenia w klinice zastósowanego (przetwory arsenu wewnątrz w pigułkach tak zwanych azyjatyckich) nie był spostrzegany; chory bowiem kilka zaledwie dni w klinice pozostawał i wyszedł na wyraźne własne żądanie.

Rozpatrzywszy nasz przypadek, przejdziemy z kolei do omówienia anatomii patologicznéj, rozpoznania, rokowania i leczenia pierzchnic płaskich.

Zmiany anatomo-patologiczne spostrzegane w skórze przy pierzchnicach płaskich były przedmiotem badania wielu autorów (Tilbury Fox, Kaposi, Obtułowicz, Neumann, Koebner, Weyl, Vidal, Leloir, Robinson).

Najwcześniejsze dokładne badania dokonane zostały, o ile się wydaje, przez Tilburego Foxa, który w częściach skóry, wyciętych z okolic, dotkniętych *c. lich. plano* znalazł przekrwienie głębokich części brodawek włosowych, oraz bujanie komórek tkanki łącznéj w warstwach zewnętrznych pochwy włosowéj. Podobnych zmian dopatrzyli przy pierzchnicach płaskich Kaposi i Obtułowicz.

Neumann zaś przeciwnie żadnych zmian w torebkach włosowych w téj chorobie nie znajdował. Według autora tego zmiany dotyczyły:

1. Brodawek skórnych, których objętość zwiększoną była, naczynia zaś krwionośne znalazł w tém miejscu rozszerzonemi.

2. Przyskórka, który w okolicach skóry przez pierzchnice płaskie zajętych, znacznie był zgrubiałym.

3. Gruczołów potnych, głównie podlegających zaburzeniom, a mianowicie bujanie komórek wykazujących.

4. Rozpleń komórkowy w postaci rozrzuconych wysepek spostrzeganym był również w tkance łącznéj skóry właściwéj.

Według Koebnera i Weyla początkowe zmiany występują w warstwie górnéj skóry i znamionują się onaczyniowym rozrostem naczyń; poczém dopiero nacieczenie komórkowe brodawek skóry nastaje.

Według Auspitza istota zmian patologicznych w *lichen planus* zasadza się na zaburzeniach warstwy rogowéj przyskórka, w okolicy torebek włosowych. Zdanie Auspitza wydawało się jak dotąd najbardziéj trafném. Przynajmniéj ostatnie badania dokonane przez Vidala i Leloira wykazują, iż główne zmiany w pierzchnicach płaskich dotyczą przyskórka. Tenże grubieje, przyczém przerost uwidocznia się najbardziéj w warstwie Malpighiego, z któréj w przestworach pomiędzy brodawkami długie korki przybłonkowe wyrastają. W tych zaś miejscach, gdzie grudki są wklęśnięte, warstwa Malpighiego zanika. Ilość elejdyny w warstwie rogowéj przyskórka zwiększa się; warstwy górne skóry wykazują nacieczenie komórkowe, umiejscowione przeważnie obok naczyń, torebek włosowych i gruczołów potnych. Torebki włosowe wykazują również zmiany widoczne, a mianowicie rozrost pochwy korzenia z wyraźną dążnością komórek do szybkiego zrogowacenia. Gruczoły potne zwykle zanikają, naczynia włoskowate rozszerzają się, a gładkie włókna mięśniowe pęcznieją, zwiększają się co do objętości. Nerwy oraz gruczoły łojowe pozostają zaś nietknięte.

W postaci pierzchnic płaskich opisanéj przez Vidala jako *lichen plan. cornéen,* przerost warstwy rogowéj najwyższego dosięga stopnia; warstwa ta staje się czterykroć grubszą (porównaj zmiany na prawéj ręce w naszym przypadku).

Wykazane przez Vidala i Leloira zmiany drobnowidowe w skórze przy pierzchnicach płaskich zbliżają cierpienie to do łuszczycy *(psoriasis).* W ostatniéj chorobie przeważne zmiany również dotyczą przyskórka, którego komórki przedstawiają przerost i nieprawidłowe zrogowacenie. Lecz pierzchnice płaskie wyróżniają się od łuszczycy pod względem histologii: 1) zajęciem torebek włosowych; 2) wyraźniejszém zrogowaceniem przyskórka i zwiększeniem ilości eleidyny w warstwie rogowéj; 3) wyraźniejszém nacieczeniem komórkowém na skórze około naczyń i gruczołów.

Robinson potwierdza w ogólności zmiany drobnowidowe, wykazane przez Vidala i Leloira, znajduje jednak, iż 1) gruczoły potne i torebki włosowe wcale zmian nie przedstawiają; 2) zajęcie przyskórka jest objawem następo-

wym w pierzchnicach płaskich, pierwotnie zaś spostrzega się zapalne zmiany w górnych warstwach skóry. Zgodnie z Robinsonem zapatruje się na patologiczne zmiany skóry w *lichen planus* i Weyl, który wyniki swych dociekań świeżo ogłosił. Robinson opierając się na dokonanych przez siebie badaniach, utrzymuje, iż *lichen planus* a *lichen ruber acuminatus* sąto wcale różnorodne cierpienia: sprawa chorobowa w *lichen planus* rozpoczyna się od zajęcia właściwéj skóry i dopiero późniéj powstają zmiany właściwe przyskórka; drugą zaś chorobę cechuje pierwotne zajęcie przyskórka, rozpoczynające się od gruczołów potnych, poczém dopiero następują zmiany w górnych warstwach skóry właściwéj. (Dok. n.)

Babes: **O metodzie Pasteura.**

Rząd węgierski wysłał Dra Babesa, prof. histologii w Uniwersytecie peszteńskim, do Paryża, aby tamże nauczył się u Pasteura ochronnéj metody szczepienia wścieklizny. Prof. B. w *W. med. Presse* pomieszcza listy o metodzie Pasteura, — których krótką treść podajemy.

Pasteur już od 5 lat czynił na zwierzętach badania odnoszące się do ochronnego szczepienia wścieklizny, i dopiero gdy powiodło mu się otrzymać jad pewnie działający i w pewnym czasie stale wściekliznę wywołujący, rozpoczął znane próby na ludziach. Opis pierwszych prób jest znany, dodaje tylko B., że pies, który w pierwszym przypadku odgrywał rolę, był niezawodnie wściekły, a daléj, że na ludziach, o których mowa, ukąszenia były tego rodzaju, że według dotychczasowych doświadczeń prawdopodobnie w 90% byłoby przyszło do wybuchu wścieklizny, a to dla wieku pokąsanych i miejsca ran i to co najwyżéj w ciągu dwu miesięcy po obrażeniu; dzięki bowiem badaniom Bouleya, Bollingera i Brouardela, możemy dziś z większą niż dawniéj pewnością wściekliznę rozpoznawać. Do 1 grudnia 1885 szczepił Pasteur 60 osób, pomiędzy któremi wiele dzieci pokąsanych na twarzy i szyi, przypuścić więc można, że z pośród nich u 90% niewątpliwie byłaby dotąd wybuchła wścieklizna. Do 15 grudnia liczba leczonych wzrosła do 100 pokąsanych przez istotnie wściekłe psy i poprzednio nieleczonych, a mimo, że od tego czasu upłynęło 40—50 dni, ani jeden z pokąsanych nie zachorował na wściekliznę. Z uwagi, że średnio połowa, a co najmniéj 40%, pokąsanych staje się ofiarą wścieklizny, a mianowicie 30% przed 60ym dniem, trzeba uznać, że wielkie znaczenie ma okoliczność, iż Pasteur ani jednego z leczonych nie stracił. Od 15 grudnia 1885 aż do 18 stycznia r. b. leczono znów 100 osób. Jedna tylko szczepiona dziewczyna zmarła z wścieklizny i to w wyjątkowych okolicznościach. Dopiero w 37 dni po ukąszeniu dostała się do zakładu Pasteura: całą skórę z głowy zdarł jéj pies wściekły, który ją prócz tego pokąsał na grzbiecie i barkach. Pasteur z powodu, że u niéj już lada chwila można się było wybuchu wścieklizny obawiać, i że nie spodziewał się skutku ze szczepienia, poddał ją leczeniu li na wyraźne życzenie i prośby rodziców. 14 dnia po ostatniém szczepieniu wybuchła wścieklizna. Inni chorzy leczeni przez Pasteura dostawali się w jego opiekę w parę godzin do 20 dni po pokąsaniu i to wielu na twarzy. Pomiędzy leczonymi znajdowało się 40—50 dzieci, które zresztą są bardzo wrażliwemi i u których wścieklizna rychło wybucha. —

W liście drugim powiada B., zważywszy, iż gdyby pokąsanych w ten sposób nie leczono, to dotychczas przynajmniéj 30 z nich byłoby padło ofiarą wścieklizny, zważywszy daléj uspokojenie, jakiego użycza pokąsanym ufność w sposób leczenia, stajemy się skłonnymi do pogodzenia się z postępowaniem Pasteura. Prawda, że postępowanie to opiera się po części na chwiejnych hipotezach a po części w ogólności jest tylko rzeczą doświadczenia, pod tym względem zresztą sam Pasteur wyznaje, iż osiąga czynnikami nieznacznemi, niewyjaśnionemi, tak ważny dla ludzkości wynik. Technika jego sposobu jest prostą wprawdzie, ale wymaga jak największéj ostrożności. Najmniejszy błąd wystarczy aby taki człowiek uległ wściekliźnie w skutek szczepienia, u którego wścieklizna w skutek ukąszenia prawdopodobnie nie byłaby wybuchła. Opisawszy sposób otrzymywania jadu do szczepienia i leczenia zwierząt i ludzi powiada B., że cała metoda polega na stałości i trwałości jadu. Gdyby się Pasteurowi nie było udało otrzymać istoty zawsze jednostajnéj i jednako zarażającéj, to szczepienie następowe nie byłoby możebném. Pasteur szczepi codzień na inném miejscu brzucha. Po szczepieniu zwłaszcza w ostatnich dniach silniejszym jadem rozwija się w okolicy szczepienia czerwoność wielkości centa do czterocentówki i mała twardość, które jednak nikną zazwyczaj po 24 godzinach. Raz tylko rozwinęły się większe obrzmienie i czerwoność prawie wielkości dłoni, które jednak zniknęły również prawie zupełnie po 2 dniach. Skóra u téj osoby była zresztą bardzo czułą. W ogóle powiedzieć można, że wzmiankowany mały odczyn występuje raczéj u osób o białéj skórze, niż u osób o ciemnéj barwie cery.

W liście trzecim podaje B., że robiona na psach i królikach trepanacyja jest bardzo prostym rękoczynem i sprawia zaledwo raz na 100 razy wrzód w mózgu a i chloroformowanie przy téj metodzie nie jest połączone z niebezpieczeństwem. Psy pokąsane poprzednio przez psy wściekle, lub którym przy trepanacyi zaszczepiono wściekliznę, można jeszcze w 12 dni ze skutkiem ochronnie szczepić; wiele tego rodzaju psów zostaje w obserwacyi już dłużéj niż rok. B. nie wątpi, iż uzyskane wyniki będą jeszcze pewniejszemi, skoro metoda udoskonaloną zostanie.

Najważniejszém jest uzyskanie jadu, mianowicie „*Virus fixe*“, bez czego do wytworzenia jego potrzebaby ciągłych szczepień dłużéj niż rok trwających.

Skreśliwszy następnie wiele szczegółów co do pomieszczenia zwierząt szczepionych, co do pielęgnowania tychże itd. kreśli B. wrażenie, jakie na nim badania Pasteura uczyniły.

Pracownia jego nie jest ani wielką ani téż odpowiednio urządzoną, a braki jéj po części tylko równoważy genijusz Pasteura i prostota jego sposobu.

Wszyscy jego pomocnicy zajęci są obecnie badaniami dotyczącemi wścieklizny: dostarczaniem zwierząt, szczepieniem, sekcyjami i przyrządzaniem jadu ochronnego. Co do badań Pasteura to nadmienia B., iż sądząc po dotychczasowych praktycznych wynikach zdają się one być bardzo ważnemi, chociaż w ścisle naukowym względzie sposób badań, a mianowicie myśl przewodnia w wielu jeszcze kierunkach są nieokreślone i ciemne.

Jakżeż bowiem np. objaśnić, że przeciw zaszczepionemu jadowi po dniach, a nawet tygodniach, stosować można szczepienie ochronne? Przypuściwszy, że dotychczasowa korzystna statystyka nie jest jakimś cudownym przypadkiem, oraz że wścieklizna u wielu szczepionych osób nie wybucha, korzyść szczepienia ochronnego, zdaniem B., w jeden tylko sposób wytłumaczyć się daje. Trzeba mianowicie przypuścić, że jad wścieklizny najpierw uogólnia się w całém ciele, któremuto uogólnieniu nie towarzyszą żadne objawy a po pewnym dopiero

czasie umiejscawia się w ośrodkowym systemie nerwowym i w ówczas to wybucha wścieklizna.

Podobne zjawisko spostrzegamy w różnych innych chorobach zaraźliwych, różnica tylko leży w tém, że w reszcie chorób zaraźliwych uogólnieniu towarzyszą gorączka i inne łatwo dostrzegalne objawy, które już same przez się życiu grozić mogą. Cel szczepienia ochronnego, rozpoczynającego się słabym jadem a kończącego się silnym, polegałby zatém na tém, że przez to ustrój, prawdopodobnie komórki, powoli przyzwyczaja się do niszczenia jadu, jak to co do innych chorób zaraźliwych Menczników wykazał. Jeżeli nakoniec przez ostatnie najsilniejsze szczepienie ochronne komórki przyzwyczaiły się do niszczenia i najsilniejszego jadu, będą też zdolne wraz z najsilniejszą szczepionką unieszkodliwić pierwotnie ogólny a jeszcze nieumiejscowiony jad.

Tylko w ten sposób można wytłumaczyć niektóre sposoby przez Pasteura stosowane a niedające się w inny sposób wyjaśnić.

Liczba przez Pasteura dotychczas szczepionych wynosi 220 osób. Pewien Francuz wyleczony przez Pasteura miał mu zapisać 40,000 fr. na zapomogi dla osób ubogich, przez psy wściekłe pokąsanych. (*Wien med. Presse* 1886 Nr. 6, 7).

Dr. Grabowski.

Rühle (Bonn): **Jakie higijeniczne zarządzenia wynikają z nowych badań nad gruźlicą?**

(Treść wykładu mianego w dolnoreńskiém Stowarzyszeniu dla higijeny publicznéj).

(Dokończenie. Patrz Nr. 7).

Nie lepiéj ma się rzecz z pytaniem, w jaki sposób grzybek gruźliczy do ustroju ludzkiego wnika? Twierdzono, że przy wdechu i w takim razie płuco zapada, że go połykamy a brzuch zapada, lub też że dostaje się przez rany.—Zbijanie tych powierzchownych zapatrywań za dalekoby nas za prowadziło, wystarczy, gdy powiemy, że dróg wnikania grzybków nie znamy.

Bardzo prawdopodobną jest rzeczą, iż tak rozpowszechniony grzybek gruźliczy trudno się przyjmuje i wymaga do rozwoju szczególnie przyjaznych okoliczności, inaczéj bowiem o wiele więcéj osób musiałoby być gruźlicą dotkniętych, aniżeli się to dzieje. Do wskazania środków ochronnych wystarcza przypuszczenie, że wszelkie ściślejsze, dłużéj trwające stosunki z dotkniętymi gruźlicą zwierzętami i ludźmi lub stykanie się z przedmiotami od nich pochodzącemi do gruźlicy powód dać może.

Odpowiedni grunt stanowi dalszy konieczny warunek wytworzenia się choroby. — W obec rozpowszechnienia gruźlicy przypuszczać wypada, że każdy ma dostateczną sposobność zarażenia się a że mimo to większość ludzi nie pod pada gruźlicy, to powód tego leży jedynie w tém, że nie są usposobieni do usadowienia się w nich i rozwoju grzybka. Co jednak stanowi istotę usposobienia, nie wiemy, tymczasowo zatém zadowolić się musimy tém, iż poczytujemy ludzi silnych, w ogóle na wszelkie szkodliwości opornych za stanowiących grunt nieprzyjazny a słabowitych, źle odżywionych, za mniéj opornych, a więc za stanowiących grunt przyjaźniejszy. Tu też nawiązać się daje dziedziczność, przez którą przyjazny grunt albo odrazu istnieje, albo też wytwarza się w dalszym rozwoju, w życiu późniejszém. Uwzględniając te wskazówki, gdy idzie o wskazanie środków zaradczych w obec gruźlicy, pierwszém zadaniem, jakie się nasuwa, jest zadanie zniszczenia grzybka gruźliczego. O ile on w ludziach znajduje się, tego nie wiemy, a zawczesném byłoby już dziś żądanie palenia zwłok osób w jakikolwiek sposób gruźlicą dotkniętych. Zwierzęta gruźlicą dotknięte najlepiéj palić, niszczenie bowiem i zakopywanie części chorych jest środkiem zawsze bardzo niedokładnym. Niszczenie grzybków poza ustrojami ludzkiemi i zwierzęcemi jest jedynie częściowo możebném przez niszczenie i odwietrzanie wszelkich wydzielin, pochodzących od chorych gruźlicą dotkniętych, gruntowne czyszczenie bielizny, ubrań, pościeli, unikanie zanieczyszczenia dywanów, podłóg, pokrowców na meble itd. Do podejmowania jednak tego wszystkiego nakłonić rychléj może lekarz domowy aniżeli przepisy policyjne.

Daléj nasuwa się pytanie, jak przeszkodzić higijenicznemi urządzeniami, aby wszędzie znajdujące się grzybki nie wnikały do ustrojów jeszcze gruźlicą niedotkniętych? Przypuszczamy, że przy ścisłych stosunkach z ludźmi gruźlicą dotkniętymi grzybek może być przeniesionym. O ile stosunki te są stosunkami rodzinnemi, niemożliwemi są jakiekolwiek przepisy, pozostaje więc tylko nadzór nad stosunkami między osobami zostającemi z sobą w stosunkach zależności, jak stosunki nauczycieli, nauczycielek, akuszerek, służby, których świadectwo uzdolnienia winno opierać się między innemi dowodami na świadectwie, że osoby dotyczące nie pochodzą z rodzin gruźliczych i że same nie są gruźlicą dotknięte.

Z uwagi, że grzybki gruźlicze tkwić mogą na przedmiotach, których chorzy na gruźlicę długo używali i że grzybków gruźliczych w pokojach, łożkach, w których osoby gruźlicze przebywały, jeszcze późniéj nabyć można, wypadałoby mieszkania takie według przepisów oczyszczać i odwietrzać a publiczne szpitale winny stosować się do odpowiednich zarządzeń co do odosobniania i zabezpieczenia chorych na gruźlicę.

Widzieliśmy, że grzybki gruźlicze wymagają nader przyjaznego gruntu do usadowienia się i rozwoju; cóż więc przez rozporządzenia zdziałać można, aby ludzi uczynić oporniejszymi.— Tu schodzimy na pole ogólnéj higijeny, któréj dążeniem jest uczynić ludzi zdrowszymi, silniejszymi, sprawniejszymi a przez to będą też oni w obec pasorzytniczych przyrzutów oporniejszymi. Im czystsze powietrze wnika do płuc, im dokładniéj używamy płuc przy oddechaniu, tém rzadziéj ulegną one chorobie, im łepszém i odpowiedniejszém pożywienie, im prawidłowszą przemiana materyi przez dostateczną czynność mięśniową, tém prawidłowiéj wszelkie narządy spełniać będą swe czynności i tém mniéj szkodliwości zewnętrzne będą mogły czynności te zakłócać. O to też idzie w rozwoju i usadowieniu się grzybka gruźliczego, o to, kto zwycięży, wnikający grzybek lub komórka, do któréj się dostał. Jeżeli życie komórki jest dość energiczne, to zniszczy ono grzybek i nie rozwija on swego działania, przeciwnie gdy życie komórki nie jest prawidłowe i nie odbywa się z dostateczną żywotnością, to grzybek przeistacza komórkę, ona ulega a grzybek kwitnie.

Co się w końcu tyczy dziedziczności, to jest ona wprawdzie niejako artykułem wiary zasługującym na uwzględnienie, ale któż ośmieliłby się już dziś drakońskie stanowić prawa w téj ważnéj sprawie, w któréj jedynie rozsądek pojedynczych jednostek może mieć znaczenie. A jak wiele jeszcze upłynie czasu, zanim przy zawieraniu małżeństw wymaganém będzie świadectwo pochodzenia niegruźliczego i świadectwo, iż dotycząca osoba sama jest wolną od gruźlicy, a co jeszcze nie daje zupełnéj gwarancyi, tak również przyznać trzeba, iż środki zaradcze opierające się na odkryciu Kocha byłyby z tak dosadnemi połączone skutkami, iż do-

tychczasowa pewność ich podstaw nie odpowiada ich doniosłości. — W stosunkach prywatnych można według tych zapatrywań postępować, ale nie dojrzały one jeszcze do tego stopnia, aby stanowić mogły podwaliny ustaw.

Dr. Grabowski.

Lewin: **Nowy środek Piper methysticum (Kawa-Kawa).**

Korzeń *piper methysticum* zawiera w sobie oprócz innych części składowych dla nas obojętnych 2% żywicy, która posiada ważne własności lecznicze. Żywica ta złożona jest z dwóch głównych składników, dających się chemicznym sposobem rozdzielić, a mianowicie: z α żywicy i z β żywicy. α żywica jest dla nas najistotniejszą częścią, ponieważ główne działanie farmakodynamiczne jéj przypisać należy. Jestto istota ciągnąca się, zielonkowatobrunatna, (podczas gdy β żywica jest więcéj czerwono-brunatna), w alkoholu rozpuszczalna, w wodzie prawie nic, smaku ostrego, pieprznego, podobnego do silnych olejków aromatycznych. Wziąwszy ją do ust doznajemy palącego uczucia w ustach, a w parę chwil w miejscach, które były w styczności z żywicą, czucie zostaje zniesione. Drażliwość podniebienia zupełnie znika, przyczém wydzielanie śliny znacznie jest wzmożone. Po pewnym przeciągu czasu działanie to przechodzi, a czucie powoli wraca. Jeżeli zastosujemy ten środek w bardzo małéj ilości na spojówkę, to wkrótce następuje znieczulenie spojówki i rogówki, tak że ani jedna ani druga nie oddziaływają na żadne zewnętrzne bodźce. Gałka oczna zdaje się być wystającą, szpara powiekowa rozszerzona, źrenice oddziaływają normalnie i są zwykłéj szerokości. Powoli działanie tego środka przechodzi, a czucie prawidłowe powraca. Zaraz po zastrzyknięciu podskórném następuje znieczulenie w obrębie, do którego środek ten dostał się przez wessanie. Oprócz miejscowego działania mamy téż i ogólne. Ludzie po użyciu wyciągu z korzenia czują się rześkimi, zadowolonymi i siły ich umysłowe zdają się być podniesione. Doznają przytém miłego chłodzącego uczucia w ustach, co trwa 1—2 godzin, przytomność i zdolność rozumowania utrzymana w całéj pełni, a wszelkie fizyczne trudy mają lepiéj znosić. Po użyciu większéj ilości osoby takie doznają uczucia błogości, popadają w stan sennego oszołomienia, członki ich omdlewają, wola przestaje działać, kładą się i powoli zasypiają. Wszystko to odbywa się bez okresu podniecenia. Po nadużyciu występuje ból głowy i nudności, bezwład odnóg, drżenie nerwowe i senność. Stan taki może trwać 2—6 godzin, a po obudzeniu się pozostaje ociężałość w ciele. Wyciąg więc żywicy działa przedewszystkiém na zwoje ruchowe znajdujące się w istocie szaréj przednich korzeni, potém na zwoje czuciowe tylnych korzeni, a w końcu na zwoje mózgowe. Środek więc ten ma działanie miejscowo znieczulające i zmniejszające pobudzalność zwojów mlecza pacierzowego. Używać go można w wyciągach, nastojach rozmaitéj siły, a dawać go najlepiéj wkrótce po obiedzie. (*Berlin. klin. Wochensch.*, 1886, Nr. 1). *Dr. J. Surzycki.*

Wicherkiewicz: **O nowym sposobie operowania zaćm niedojrzałych, oraz przyczynek do postępowania przeciwgnilnego w okulistyce.**

Autor przytacza w krótkości dawniéj podane sposoby Mutera, Graefego i Förstera, a nie wdając się w ocenienie ich wartości zarzuca im tę wadę, że zmuszają do poddania oka kilkakrotnym zabiegom operacyjnym, następnie zwraca się bardzo słusznie przeciw tym operatorom, którzy zaćmy niedojrzałe zwykłym sposobem operują. Niezadowolony z dotychczas podanych sposobów przyspieszenia dojrzałości nosił się W. dawno już z myślą, że zaćmy niedojrzałe możnaby operować z pomyślnym skutkiem, byle jamę torebki, po przecięciu jéj ściany przodkowéj należycie wypłukać. Nie będąc zwolennikiem operowania w uśpieniu musiał sobie jednak powiedzieć, że jest ono niezbędnym warunkiem zamierzonego wypłukania komórki. To téż dopiero znieczulanie zapomocą kokainu podało mu sposobność urzeczywistnienia dawno powziętego zamiaru. Gdy zapomocą strzykawki nie podobna uskutecznić przepłukania komórki przy jednostajném a przecież mierném tylko parciu, kazał więc w fabryce szkła Warmbrona i Gnilitza zrobić sobie, podaną w rysunku, undynę z bardzo długą i stosownie zakrzywioną rurą odpływową, któréj koniec zaopatrzył w nasadkę srebrną z małym otworkiem odpływowym, z którego ciecz tylko kroplami wycieka. Do przepłukiwania używa 1% rozczynu kwasu borowego, naprzód przegotowanego a następnie do 30° C. ostudzonego.

Uchwyciwszy undynę ręką prawą tak, żeby palec wskazujący zamykał otwór wpustowy wprowadza się jéj koniec, podczas gdy ręka lewa oko ustala, ostrożnie do komórki przodkowéj i sunie się go (w razie cięcia górnego) na dół aż do brzegu źrenicznego, następnie zaś poza tęczówkę do tylnéj komórki. Po oddaleniu palca wskazującego wypływa ciecz cienkim prądem i wypłukuje pozostałe szczątki kory, które w oczach operatora pęcznieją i rozpuszczają się. Po należytém wydaleniu szczątków zaćmy usuwa się undynę z oka, podczas gdy jéj otwór wpustowy jest otwarty, i spłukuje się przytém starannie okolicę ranki operacyjnéj. Wypłukanie takie oczyszcza obszar źreniczny w jednéj a najwyżéj w kilku minutach. Sposobu tego używał autor dotąd w 18 przypadkach głównie zaćm niedojrzałych schyłkowych, ale także i urazowych i na dwóch oczach z zaćmą warstwową (po rozcięciu torebki siedm a względnie dziesięć dni przed wydobyciem zaćmy) i przekonał się, że oczy znoszą bardzo dobrze takie wypłukanie komórki, które usunięcie zaćm niedojrzałych i urazowych znacznie ułatwia, czas leczenia skraca i ostateczny dobry wynik zapewnia. Niezbędny jest spokój tak operowanego jak operatora. U dorosłych osiągnąć go można za pomocą kokainu, u dzieci wskazane jest uśpienie.

Jakkolwiek wypadłby sąd o wartości tego sposobu operowania zaćm niedojrzałych, sądzi przecież autor, że uznać w nim trzeba koniecznie ważny postęp w stosowaniu leczenia przeciwgnilnego po operacyjach na przodkowym odcinku oka w ogólności a operacyjach zaćmy w szczególności.

Nieobojętną jest ciecz używana do takich wypłukiwań. Autor używał 1 i 2% rozczynu kwasu borowego i przekonał się, że oko znosi je bez objawów zadrażnienia, zachodzi jednak pytanie, czy takie rozczyny działają dostatecznie przeciwgnilnie, tudzież jakie inne środki i w jakiém stężeniu możnaby wstrzykiwać w danym razie do komórki oka. Rozwiązaniem tego pytania zajmuje się autor i przyrzeka ogłosić później swoje w téj mierze doświadczenia. (*Klin. Monatbl. f. Augenh.* listopad 1885). *Rydel.*

Wiadomości pomniejsze.

Ω. G. Sée. **Pyridin przeciw asthma neuropulmonare et cardiale.** Pyridin C_5H_5N powstaje przy suchém przekropleniu istot zwierzęcych, przy rozkładzie wielu zasad organicznych, jak cynchoninu, nikotynu, pilokarpinu, znajduje się daléj jako część składowa oleju zwierzęcego, oleju z węgla kamiennego, dymu tytoniowego itd. Jestto ciecz bezbarwna, o woni przejmującéj, w wodzie we wszystkich stosunkach rozpuszczalna, wrząca przy

115° C. Według doświadczeń autora pyridin ma własność zmniejszania pobudliwości ośrodków oddechania (Harnack i Meyer, *Arch. f. exp. Pathol.* XII, 394. zapisali zupełnie inne własności farmakologiczne. P. S.), i dla tego autor postanowił użyć go przeciw astmie. W tym celu w sali, mającéj koło 25 metrów objętości, ustawił na talerzach 4,0 do 5,0 pyridinu i po nasyceniu powietrza parami jego wprowadził do sali chorego. Wdechiwania trwały 20—30 minut i powtarzały się 3 razy dziennie. U wszystkich chorych następowało zaraz polepszenie, oddechanie stawało się lekkiém i swobodném. W końcu wziewania występowała senność, jako objaw zmniejszonéj energii mięśniowéj i obniżenia pobudliwości odruchowéj. Spostrzeżenia autora obejmują 15 przypadków. W 3 przypadkach już po 8—14 dniowém leczeniu napady duszności ustąpiły zupełnie, w innych przypadkach (*Asthma bronchiale et cardiale*) następowało bardzo wybitne polepszenie. W 1 przypadku musiano zaprzestać dalszego leczenia z powodu zawrotu i silnych nudności, jakie pyridin wywoływał. (*Bulletin gen. thérap.* 1885).

Ω. Bonce poleca kokain jako znakomity środek znieczulający przy obrzezaniu. Rozczyn 5% zastrzyknięto pod skórę napletka i zapuszczono również kilka kropli między napletek a żołędź. Już po upływie krótkiego czasu można było przystąpić do rękoczynu, który nie sprawiał choremu najmniejszego bólu. (*Allg. med. C. Ztg.*, 1885, Nr. 100)

Ω. Merck: **O sztuczném otrzymywaniu kokainu i jego pochodnych.** Autorowi udało się otrzymać na drodze sztucznéj kokain z ciała otrzymanego jako produkt uboczny przy wyzyskiwaniu kokainu. Ciało to zwie się Benzoyl-Ecgonin. Przez ogrzanie Ecgoninu z bezwodnikiem kwasu będźwinowego i jodku metylu tworzy się kokain. Sposób ten jeszcze jest zbyt kosztowny, aby go fabrycznie zastosować. Obecnie użył Merck zamiast jodku metylu tańszego jodku etylu, i otrzymał ciało homologiczne z kokainem, koketylin. Dalsze doświadczenia nad syntezą kokainu są w toku, i nieomieszkamy czytelnikom Przeglądu z nich zdawać sprawy.

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarzy kijowskich.

Posiedzenie zwyczajne z 12 grudnia 1885 r.

Przewodniczący prof. Münch. Członków obecnych 32.

1) Kol. Münch opowiedział o zmianach w mózgu, wykrytych przy obdukcyi zwłok oficera, który zmarł wśród objawów, przypominających zapalenie błon mózgowia. Główne zmiany chorobowe wykazywała *art. fossae Sylvii*, któréj ścianki przedstawiały zgrubienie, właściwe zwyrodnieniu kiłowemu naczyń mózgowych. Inne mniejsze naczynia mózgu były też zwyrodniałe w skutek kiłowego rozrostu pochewek. Osobliwość przypadku tego zależała na szybkiém wystąpieniu bólów głowy u osobnika, przedtém stosunkowo dość zdrowego i niewykazującego oprócz wybitnego bólu głowy i wymiotów, żadnych objawów chorobowych. Przed kilku laty chory przebywał drugorzędną kiłę. Szczegóły anamnestyczne, zebrane w szpitalu, przemawiały na korzyść przypuszczenia, iż chory oczadział.

2) Kol. Szadek odczytał rozprawę: „Krytyczny pogląd na teoryję wstecznego zakażenia się brzemiennéj matki od kiłowego płodu.“

Skreśliwszy krótki rys historyi téj kwestyi i przytoczywszy odnośną literaturę, prelegent zwrócił uwagę na to, iż teoryja *choc en retour* od dawna już cieszy się niesłusznêm uznaniem ze strony wielu syfilidologów. Na poparcie swego zdania, iż teoryja zarażenia się wstecznego matki od płodu kiłowego nie jest dość udowodnioną, prelegent rozpatrzył ściśle odnośne spostrzeżenia, przemawiające jakoby za tą teoryją i z rozbioru krytycznego takowych wywnioskował, iż nie są one wcale dostatecznie przekonywającemi resp. nie udowadniają one zakażenia matki od płodu, gdyż: 1) w wielu spostrzeżeniach brakuje dokładnych wywiadów tyczących się stanu zdrowia matki przed wystąpieniem u niéj ogólnych objawów kiły; 2) w wielu przypadkach odnośnych brakuje dowodów kiły płodu, jakoteż zdrowie ojca nie było wcale wiadomém, kiła więc matki mogła zkądinąd pochodzić ale nie od ojca za pośrednictwem płodu; 3) w żadnym z przytoczonych przypadków nie da się z pewnością wykluczyć poprzedzający wrzód kiłowy u matki; w niektórych zaś przypadkach brakuje nawet i téj pewności, czy spostrzegane przez autorów objawy kiłowe matki były w istocie pierwszemi ogólnemi zjawiskami choroby czyli też kiła u matki noszącéj w łonie płód kiłowy mogła być dawnego pochodzenia. W ogólności zaś anamnestyczne szczegóły, które napotykamy w odnośnych spostrzeżeniach, nie są dokładnie zebrane i nie dość przekonywające na korzyść teoryi zakażenia się matki od płodu. W wielu przypadkach wypada przypuszczać, iż pierwotny objaw kiłowy u matki był przeoczony czy to z powodu łagodnego przebiegu cierpienia i braku wybitnych, dostrzegalnych objawów, czy też w skutek skrytego usadowienia się wrzodu w głębokich jamach ciała (pochwa, szyja macicy). Zwracając się znów do teoretycznych zasad teoryi *choc en retour*, prelegent wykazał, iż takowa nie daje się wcale pogodzić z wynikami dociekań i spostrzeżeń, tyczących się własności przyrzutu kiłowego, fizyjologii zakażenia się kiłą itd. (np. okres czasu wylęgania się przyrzutu kiły, przedłużający się od 1—5 lat i więcéj, w przypadkach zakażenia się matki od płodu, zawsze jest nader krótki). Przeciwko teoryi *choc en retour* przemawia też brak dowodów przechodzenia stałych i organizowanych cząstek z krwiobiegu płodu do ustroju matki przez łożysko; jakoteż mała ilość doświadczeń przemawiających po części na korzyść możliwości przenikania ustrojowych cząstek przez łożysko od matki do ustroju płodu. Natomiast liczne dowody przemawiają na niekorzyść takiego przejścia (dowody te wzięte przeważnie z fizyjologicznych szczegółów prelegent wyszczególnił). Niewielką też podporę teoryi *choc en retour* stanowi doktryna kiły dziedzicznéj spóźnionéj (*Syphilis hereditaria tarda*), przy któréj przypuszczają też przedłużenie okresu wylęgania się kiły, a to z tego powodu, iż ta ostatnia teoryja jest niedostatecznie udowodnioną i nie jest opartą na przekonywających spostrzeżeniach. Rzekomy brak pierwotnych objawów kiłowych u brzemiennych matek noszących w łonie swém płód kiłowy, okoliczność, na którą największy nacisk kładą obrońcy teoryi *choc en retour*, nie jest udowodniony w odnośnych przypadkach i daje się łatwo wytłumaczyć niedokładnością spostrzeżeń i niezwróceniem baczenia na poprzedzający stan zdrowia ze strony samych chorych kobiet i otaczających osób, wiadomo zaś, iż u kobiet kiła często bardzo łagodny ma przebieg szczególnie w początku i pierwotny objaw u kobiet nie rzadko usadawia się na niezwykłych i utajonych miejscach. Nieświadomość zaś chorych co do poprzednich cierpień kiłowych często też policzyć można na karb ich nieuwagi i niezastanowienia się nad stanem zdrowia. Reasumując zatém szczegóły, tyczące się teoryi wstecznego zakażenia się matki od płodu kiłowego przez łożysko, należy przyjść do przekonania iż teoryja *choc en retour* jako niedostatecznie uzasadniona i nieoparta na przekonywających i udowodniających faktach, powinna być zaliczona do rzędu hipotez.

W dyskusyi kol. Tomaszewski nie zgadza się z zapatrywaniami prelegenta na teoryję *choc en retour* i mniema, iż kwestyi możliwości zakażenia się wstecznego matki od płodu nie można rozstrzygnąć krytyczném jéj ocenieniem i teoryteсznemi rozumowaniami, lecz tylko za pomocą ścisłéj obserwacyi udowodniających przypadków. Przy tém oponent opowiedział z swéj strony przypadek, niedawno przez niego spostrzegany w prywatnéj praktyce: w przypadku tym u młodéj kobiety, któréj mąż odbył kiłę drugorzędną, podczas ciąży wystąpiły odrazu objawy ogólnéj kiły, pierwotnych zaś zmian kiłowych u niéj nie dostrzeżono; dziecko urodzone w właściwym czasie było z początku zdrowe, lecz w parę miesięcy potém zapadło na nieżyt nosa i inne objawy kiły (kłykciny sączące w okolicy odbytnicy itp.). Przypadek ten, zdaniem kol. Tomaszewskiego, przemawia na korzyść zarażenia się matki od płodu.

W odpowiedzi kol. Szadek mówi, iż wcale nie zamyślał swym odczytem ostatecznie rozstrzygnąć kwestyi możliwości zakażenia się matki od płodu kiłowego, lecz miał na celu ścisłą krytyczną analizę i rozpatrzenie teoryi *choc en retour*, bezpodsta-

wność któréj nadto jest widoczną przy dokładném obznajomieniu się z szczegółami, tyczącemi się fizyjologii stosunku płodu do matki i literaturą kazuistyczną, jeśli przytém uwzględnimy spostrzeżenia kliniczne przeoczonych pierwotnych objawów kiłowych u kobiet w szczególności, jakotéż niewiarogodność wywiadów, zebranych z opowiadania chorych i otaczających osób. Mniema przytém, iż każda teoryja musi być uznaną za nieuzasadnioną, jeśli tylko nie może się ostać przed krytyką naukową. Zresztą najdokładniejsze nawet spostrzeżenia nie mogłyby ostatecznie przekonać o możliwości zakażenia się matki od płodu, jeśli tylko stan zdrowia matki nie był jak najskrupulatniéj badany codziennie (zacząwszy od pierwszego dnia pożycia z ojcem kiłowym); tego zaś w żadnym z przytoczonych przypadków nie wykonano a nawet nie jest takie spostrzeganie w ogólności wykonalném. Przypadek zaś kol. Tomaszewskiego jest mało przekonywającym, podobnie jak inne przypadki przytaczane dotąd przez innych obrońców teoryi *choc en retour*. W przypadku wymienionym nie mamy niezbitego dowodu przemawiającego za tém, iżby matka mianowicie zakażona była przez płód; ojciec w tym przypadku mógł być łatwo winowajcą choroby matki i zakazić ją kiłą przed zajściem w ciążę lub podczas ostatniego zapłodniającego spółkowania; pierwotny zaś objaw kiły u matki mógł być usadowiony w głębi pochwy (szyjka macicy) i był z łatwością niespostrzeżony przez matkę; chora zaś poddaną była badaniu lekarskiemu dopiero w kilka miesięcy po zakażeniu się, kiedy wszelkie ślady poprzedniego pierwotnego stwardnienia miały czas zniknąć.

3) Kol. Boczarow opowiedział krótko przypadek ostrego wieloogniskowego zapalenia szpiku kostnego u żołnierza, leczonego w kijowskim szpitalu garnizonowym (*osteomyelitis multiplex acuta*); w przypadku tym nastąpiło zejście śmiertelne. Historyja choroby była illustrowana demonstracyją odnośnych preparatów kości zajętych tą sprawą chorobową. *Dr. Karol.*

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 31 stycznia do 6 lutego umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 26,8. Z odry umarło 0 (1 z. t.); z płonicy 1 (0 z. t.); z błonicy 1 (2 z. t.); z duru brzusznego 2 (1 z. t); z gorączki połogowéj 0 (1 z. t.); z gruźlicy 7 (13 z. t.); z zapalenia płuc 7 (10 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 1 przypadku płonicy, 1 błonicy i 1 duru osutkowego. W tygodniu od 24—30 stycznia umarło z ospy: w Warszawie 1, w Budapeszcie 17, w Wiedniu 11, w Pradze 3, w Rzymie 8, w Wenecyi i Paryżu po 5, w Zurychu 4, w Petersburgu 2. Z duru osutkowego umarło: w Warszawie i Stokholmie po 1, w Petersburgu 5. Z duru brzusznego umarło w Warszawie 10, w Paryżu 14, w Petersburgu 21. Z odry umarło: w Budapeszcie 20, w Paryżu 15, w Londynie 38, w Amsterdamie 21. Z płonicy umarło w Petersburgu 23. Z błonicy umarło w Warszawie 10, w Berlinie 36, w Wiedniu 14, w Paryżu 39, w Londynie 21, w Chrystyjanii 12. Z krztuśca umarło: w Londynie 118. Cholera w Huelwa w Hiszpanii wygasła, we Francyi w Donarnenez umarło z cholery od 16—21 stycznia 9, zachorowało na cholerę 90.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 24—30 stycznia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 32,1; w Brodach 36,4; w Drohobyczu 26,3; w Przemyślu 6,7; w Tarnopolu 5,3; w Tarnowie 9,1; w Warszawie 35,3; w Poznaniu 29,8; w Pradze 37,8; w Wiedniu 31,0; w Salcburgu 26,9; w Gracu 25,7; w Tryjeście 31,6; w Insbruku 37,1; w Budapeszcie 35,2; w Berlinie 27,7; we Wrocławiu 31,9; w Gdańsku 27,5; w Dreźnie 25,4; w Hamburgu 25,3; w Lipsku 23,5; w Mnichowie 32,0; w Strasburgu 27,9; w Amsterdamie 24,7; w Bazylei 14,8; w Brukseli 24,5; w Chrystyjanii 27,6; w Kopenhadze 21,4; w Londynie 22,2; w Odesie 32,9; w Paryżu 27,2; w Petersburgu 32,6; w Rzymie 34,1; w Stokholmie 27,0; w Wenecyi 45,2; w Zurychu 24,6. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 18 lutego. Od kol. prof. Mikulicza, który temi dniami bawił we Lwowie, dowiadujemy się, że od początku bieżącego półrocza istnieje tamże na 2ém piętrze nowego gmachu Namiestnictwa pracownia bakteryjologiczna, urządzona staraniem protomedyka i referenta spraw lekarskich Biesiadeckiego. Pracownia ta zaopatrzona jest we wszystkie przyrządy i narzędzia potrzebne do tegoczesnego badania bakteryjologicznego, tak że można przeprowadzić w niéj studyja szczegółowe. Od 6 tygodni odbywa w tym zakładzie w godzinach wieczornych kursy bakteryjologiczne Dr. Szpilman, w których biorą udział lekarze praktyczni, obecnie w liczbie 20. To téż wieczorem panuje tam ruch i życie, z jakiém tylko w praktycznych kursach, odbywających się w wielkich zakładach uniwersyteckich w Wiedniu i Berlinie, się spotykamy. Prof. Biesiadecki w każdym razie dobrze się zasłużył krajowi przez założenie Urzędu zdrowia miniaturowego, a spodziewać się należy, że i lekarze rządowi z prowincyi po kolei znajdą sposobność brania udziału w tych kursach i kształcenia się w specyjalności tyle ważnéj dla higijeny.

* Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lekarskiego Dr. Prus przedstawił na preparatach sposób barwienia tkanki żywéj według Ehrlicha, następnie odbyła się dyskusyja nad ostatnią rozprawą śp. Dra Wolframa, w któréj wzięli udział prof. Korczyński i doc. Gluziński i Jaworski; wreszcie prof. Mikulicz miał wykład zapowiedziany.

* Na posiedzeniu komisyi budżetowéj Izby poselskiéj Rady państwa w Wiedniu poseł Jirecek wniósł rezolucyję w sprawie urządzenia Wydziału lekarskiego we Lwowie. P. Minister Oświecenia oświadczył, że w zasadzie nie jest przeciwnym temu wnioskowi, że jednak przedewszystkiém wypada uczynić zadość potrzebom Wydziału lek. krakowskiego a decyzyja zależy nadto od organizacyi nauk lekarskich w Austryi, do któréj prędzéj czy późniéj się przystąpi; wreszcie oświadczył, że jak skoro mu tylko czas pozwoli, przybędzie do Krakowa celem poznania zakładów uniwersyteckich.

○ W miasteczku Jeziernie (liczącém 6000 mieszkańców a mającém 2 probostwa, stacyja kolei itd.) odległém o 2 mile od Zborowa a o 3 od Tarnopola pożądaném jest, aby osiadł Dr medycyny wyznania chrześcijańskiego, w okolicy bowiem brak jest lekarza.

* **Lwów** 14 lutego. Na ostatniém posiedzeniu naukowém sekcyi lwowskiéj podał Dr. Ziembicki, prymaryjusz oddziału chirurgicznego tutejszego szpitala krajowego, wyniki swéj działalności w ostatniém trzechleciu. Niezawodnie sprawozdanie Dra Z. będzie ogłoszone drukiem i ocenienie tegoż sprawozdania musimy pozostawić znawcom, zanim jednakże to się stanie, notujemy, że w ostatnich trzech latach w lwowskim oddziale chirurgicznym najwyższa przeciętna roczna śmiertelność była 5·9% a w r. ubiegłym tylko 3·9%.

Na tém samém posiedzeniu przedstawił Dr. Z. trzy resekcyje Mikulicza, jedną resekcyję kolana, jedną osteotomiję (*subtrochanterica femoris*), jedną owaryjotomiję w siedmnastym dniu po operacyi, jedną resekcyję siedmiu żeber (5—8centimetr.) z powodu otoku ropnego opłucny (*pyothorax*) według Estlandera z bardzo dobrym skutkiem; w końcu okazał Dr. Z. wyjęty przed kilkoma dniami kamień pęcherzowy ważący przeszło 60 gramów (*sectio alta*). *Dr. M-cz.*

* **Praga czeska** 15 lutego. Dzisiaj odbyło się walne nadzwyczajne zgromadzenie „Spolku lekařův českých“ w celu wyboru zastępcy przewodniczącego, ponieważ prof. Maixner godność tę złożył. Wybranym został jednogłośnie Dr. Nečas, okręgowy fizyk miejski. Dalszemi uchwałami zgromadzenia były: 1) uroczyste obchodzenie w tym roku przypadającego 25-letniego jubileuszu założenia Towarzystwa przez Purkynyego, Weissa i innych ówczesnych czeskich lekarzy. 2) Podwyższenie wkładki rocznéj dla członków czynnych z 3 złr. do 5 złr. a dla zamiejscowych z 2 złr. na 3 złr. *Dr Obrzut.*

* **Wiadomości osobowe.** Stopnie doktorów w. nauk lek. uzyskali w Uniw. Jagiell. pp. Antoni Ślósarczyk z Janowic w Galicyi, Antoni Krokiewicz z Krakowa i Włodzimierz Ortyński z Sambora.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 7: Neugebauera: Przypadek pomyślnego wyleczenia wynicowania przewlekłego macicy (dok.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 7: Szadka: Przyczynek do kazuistyki przymiotowego cierpienia przyjądrza; Stypińskiego: Zranienie pochwy i macicy; wyzdrowienie.

Redakcyja otrzymała:

Dr. HERING (w Warszawie): Nerwice zwrotne wywołane cierpieniem jam nosowych. (Odbitka z „Gazety Lekarskiéj“ 1885) in 8vo str. 23.

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr L. Blumenstok.

L. 110.

KONKURS.

Od 1 Kwietnia 1886 r. zostanie obsadzoną prowizorycznie posada lekarza miejskiego w Mikołajowie pow. Żydaczów, w któréjto miejscowości jest także siedziba c. k. Sądu powiatowego. Z tą posadą połączona jest płaca roczna 400 złr. a. w. tudzież dochody z oględzin bydła na rzeź przeznaczonego.

PP. Drowie Med. otrzymają pierwszeństwo.

Podania należycie udokumentowane należy wnieść do tutejszéj Zwierzchności miejskiéj najdaléj do 1 Marca 1886.

Magistrat kr. miasta.

Mikołajów 8 Lutego 1886. Burmistrz
Jan Mićkiewicz.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.